

DAS PROBLEM DER
KREBSVORSORGEUNTERSUCHUNG UND
IHRE AUSWIRKUNG AUF DIE
FRÜHERFASSUNG DES GENITAL-
UND MAMMAKARZINOMS
UNTER AUSSCHLUSS
DES KOLLUMKARZINOMS

Martha Schlott

1981

Aus der I. Frauenklinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. med. Zander

DAS PROBLEM DER KREBSVORSORGEUNTERSUCHUNG UND IHRE
AUSWIRKUNG AUF DIE FRÜHERFASSUNG DES GENITAL- UND
MAMMAKARZINOMS UNTER AUSSCHLUSS DES KOLLUMKARZINOMS

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilian-Universität zu München

vorgelegt von:

Martha Schlott, geb. Stölzle

München 1979

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der

Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. J. Zander

Mitberichterstatter: Dr. S. Baur

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 30.07.81



DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

Ü B E R S I C H T

A Einleitung

B Material und Methodik

C Ergebnisse

I. Vorsorgeuntersuchung

1. Anzahl der untersuchten Patientinnen
2. Informationsgrad und Informationsmedien
3. Beteiligung an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung
4. Gründe der Nichtinanspruchnahme
5. Allgemeine Kritik und Verbesserungsvorschläge
6. Anteil der jeweiligen Ärzte an der Vorsorgeuntersuchung

II. Ergebnisse bei den einzelnen Karzinomgruppen

1. Korpuskarzinom

- a) Häufigkeit
- b) Alter
- c) Epidemiologie
- d) Symptomatik
- e) Verschleppung
- f) Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung

2. Ovarialkarzinom

- a) Häufigkeit
- b) Alter
- c) Epidemiologie
- d) Symptomatik
- e) Verschleppung
- f) Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung

3. Vulvakarzinom

- a) Häufigkeit
- b) Alter
- c) Epidemiologie
- d) Symptomatik
- e) Verschleppung
- f) Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung

4. Vaginalkarzinom

- a) Häufigkeit
- b) Alter
- c) Epidemiologie
- d) Symptomatik
- e) Verschleppung
- f) Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung

5. Mammakarzinom

- a) Häufigkeit
- b) Alter
- c) Epidemiologie
- d) Symptomatik
- e) Verschleppung
- f) Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung

D Diskussion der Ergebnisse

I. Vorsorgeuntersuchung

II. Einzelne Karzinome

III. Sinn der Krebsvorsorge

E Zusammenfassung

F Anhang

G Literatur

A) E I N L E I T U N G

Im Jahre 1967 erklärten sich bei einer Umfrage des Divo-Institutes über das Krebsproblem 88 % der Frauen an einer Vorsorgeuntersuchung bereit (163). Seit Juli 1971 sind nun in der BRD Krebsvorsorgeuntersuchungen für Frauen ab dem 30. Lebensjahr kostenfrei. Jedoch, wie den verschiedenen Veröffentlichungen der Krankenkassen zu entnehmen ist, werden diese sozialen Leistungen nur von einem geringen Prozentsatz der Berechtigten in Anspruch genommen. In der Anfangszeit betrug die Beteiligungsrate an Krebs - vorsorgeuntersuchungen in Berlin 16,5 % (85), in Nordrhein- und Westfalen-Lippe je 25 % (47, 187) und in Württemberg knapp 30 % (165). Für das ganze Bundesgebiet lag die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen 1971 nur bei 20,1 % aller anspruchsberechtigten Frauen. Inzwischen hat sich die Beteiligungsrate etwas erhöht; so betrug sie 1972 26,5 %, 1974 bereits 31,4 % und ist dann in den Jahren 1975 - 1977 auf Werte zwischen 35,1 % und 35,7 % aller anspruchsberechtigten Frauen angestiegen (245).

Wie diesen Angaben zu entnehmen ist, ist die Beteiligung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen immer noch relativ niedrig, und wir sind noch weit davon entfernt, die weibliche Bevölkerung der BRD einigermaßen vollständig mit der gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung zu erfassen.

Aufgabe der nun folgenden Arbeit ist es zu versuchen, welche Auswirkungen die gynäkologische Vorsorgeuntersuchung auf die Früherkennung der Malignome des weiblichen Genitaltraktes (des Corpus uteri, der Ovarien, der Vagina und der Vulva) und des Mammakarzinoms genommen hat. Parallel zu dieser Arbeit lief eine Untersuchung, die die gleiche Fragestellung hinsichtlich des Kollumkarzinoms zu beantworten suchte (235).

B) MATERIAL UND METHODIK

Als Grundlagen dieser Untersuchungen dienten die Krankenblätter und ein persönlich geführtes Gespräch mit allen Frauen, die sich in der Zeit vom 1. Oktober 1973 bis 1. Oktober 1974 in der UFK-München zur Therapie eines Malignoms des Corpus uteri, der Ovarien, der Vulva, der Vagina und der Mamma in stationärer Behandlung befanden. Was die Patientinnen mit einem Kollumkarzinom betrifft, so möchte ich auf die eben schon einmal erwähnte Arbeit des Kollegen Herrn L. WIEGELMANN (235) verweisen.

Die Befragung der Patientinnen erfolgte in einem mündlichen Gespräch, in dem ein vorgefertigter Fragebogen als Führung diente. Ein Exemplar davon ist am Ende der Arbeit beige - legt. Im Gespräch mit den Patientinnen wurde zunächst auf einzelne Probleme der Vorsorgeuntersuchung näher eingegangen: Auf Gründe, die die Frauen bisher davon abgehalten hatten, daran teilzunehmen, auf Schwierigkeiten, die dabei möglicherweise aufgetreten waren und auf Verbesserungsvorschläge ihrerseits. Gleichzeitig vermittelte das persönliche Gespräch mit den Frauen einen besseren Einblick und damit mehr Verständnis für ihre wahren gynäkologischen Probleme. Ein weiterer Vorteil der mündlichen Befragung war die Gewährleistung der richtigen Beantwortung der Fragen.

Unklarheiten, wie sie nicht selten bei älteren Frauen aufgetreten waren, ließen sich durch nähere Erläuterungen beseitigen.

Zur Ergänzung epidemiologischer Faktoren der einzelnen Karzinome dienten die Krankenblätter der jeweiligen Patientinnen.

C) E R G E B N I S S E

I. Vorsorgeuntersuchung

1. Anzahl der untersuchten Patientinnen

Insgesamt wurden 250 Patientinnen befragt. Diese gliedern sich auf in 219 Frauen mit einem primären Karzinom und 31 Fälle mit einem sekundären Karzinom oder Tumorrezidiv. Die primären Karzinome setzen sich aus 90 Korpuskarzinomen, 52 Ovarial-, 24 Vulva-, 12 Vaginal- und 41 Mammakarzinomen zusammen, die sekundären aus 3 Korpus-, 4 Ovarial-, 8 Vulva- und 16 Vaginalkarzinomen.

2. Informationsgrad und Informationsmedien

Auf die Frage: "Wußten Sie, daß Ihnen Ihre Krankenkasse jährlich einmal kostenlos eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung ermöglicht ?", antworteten 202 Patientinnen (= 92,3 %) mit "Ja" und 17 (= 7,7 %) mit "Nein". Wie aus Abbildung 1 zu ersehen ist, war der Bekanntheitsgrad der Vorsorgeuntersuchung bei den Frauen bis zum 50. Lebensjahr vollständig, bei den 50 - 59-jährigen und 60 - 69-jährigen mit 97,6 % bzw. 98,5 % immer noch ausreichend groß, während von den über 70-jährigen Frauen nur etwa $\frac{3}{4}$ (76,5 %) von der Möglichkeit einer Krebsvorsorgeuntersuchung wußten.

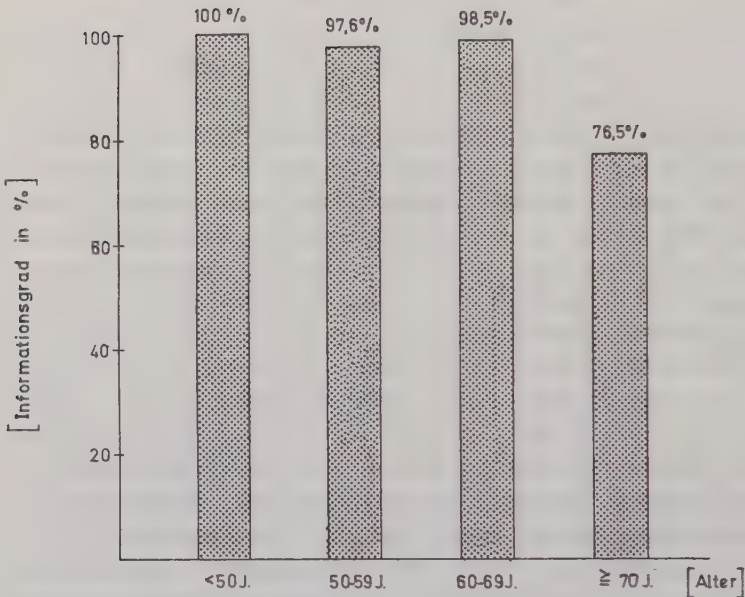


Abb. 1: Informationsgrad über die Möglichkeit einer Krebsvorsorgeuntersuchung innerhalb der verschiedenen Altersgruppen

Häufigste Informationsquellen waren Rundfunk und Presse mit 54,7 %, Bekannte mit 25,2 % und die Krankenkasse mit 24 %. An 4. Stelle folgte der Hausarzt mit 15,1 % Beteiligung an der Information der Frauen über die Krebsvorsorgeuntersuchung. 4,4 % der Patientinnen erfuhren davon während eines Krankenhausaufenthaltes, 3,5 % von ihrem Gynäkologen und 1,5 % am Arbeitsplatz (siehe Abbildung 2).

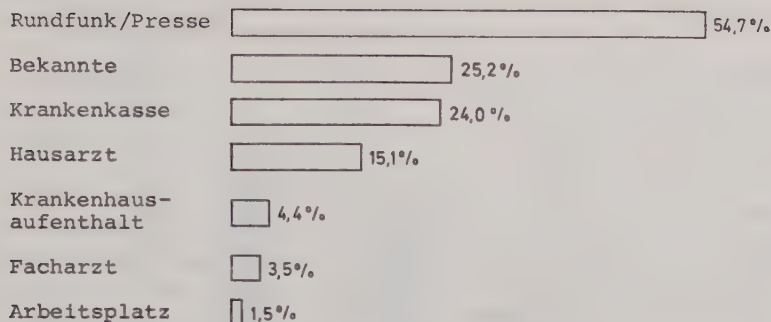


Abb. 2: Informationsquelle über die Möglichkeit einer Krebsvorsorgeuntersuchung

45 Patientinnen (= 20,5 %) gaben an, von ihrer Krankenkasse regelmäßig einen Berechtigungsschein zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung zugeschickt bekommen zu haben.

3. Beteiligung an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung

Insgesamt haben 101 Frauen, dies sind 46,1 % aller in der oben erwähnten Zeit in der I. UFK-Mü wegen eines Genital - karzinoms (außer Kollumkarzinom) oder Mammakarzinoms behandelten Patientinnen, 1 mal oder mehrmals vor ihrer stationären Behandlung an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen.

Innerhalb der einzelnen Karzinomgruppen zeigte sich die höchste Beteiligungsrate bei den Patientinnen mit einem Ovarial- oder Mammakarzinom mit 51,9 % bzw. 51,2 %. Von den Patientinnen mit einem Korpuskarzinom haben 43,3 % und von den Frauen mit einem Vaginalkarzinom 41,6 % die Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen. Dagegen haben nur 37,5 % der Patientinnen mit einem Vulvakarzinom daran teilgenommen (siehe Tabelle 1).

Karzinom	n	an der Vorsorge teilgenommen	
		n	%
Korpus	90	39	43,3
Ovarial	52	27	51,9
Vulva	24	9	37,5
Vagina	12	5	41,6
Mamma	41	21	51,2
	219	101	46,1

Tab. 1: Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung innerhalb der einzelnen Karzinomgruppen

Das Alter spielt offensichtlich für die Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchung eine bedeutende Rolle. Wie Abbildung 3 zeigt, nimmt die Beteiligung mit zunehmendem Alter der Patientinnen stark ab. Betrug sie bei den Frauen unter 50 Jahren 67,4 %, bei den Patientinnen zwischen 60 und 69 Jahren immerhin noch 46,4 %, so sank sie bei den 70-jährigen und älteren Frauen auf 20,3 % ab.

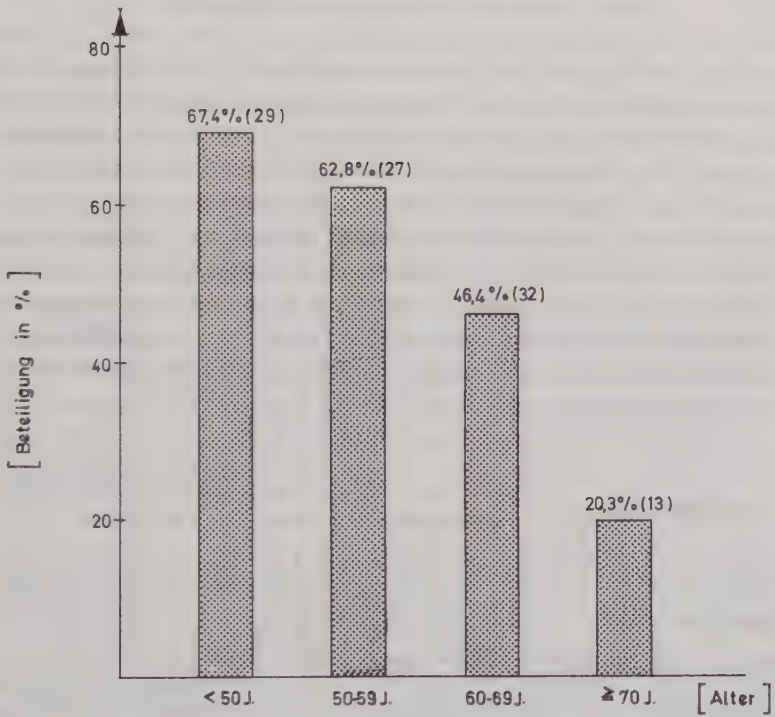


Abb. 3: Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Abhängigkeit des Alters
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

4. Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchung

Mehr als die Hälfte der Patientinnen hatte noch nie an einer Krebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen. Als Grund dafür gaben 69 % der Frauen an, daß sie sich gesund gefühlt hätten. Mit 28,2 % an zweiter Stelle wurde die Scheu vor der Untersuchung als Ursache dafür genannt, gefolgt von Nachlässigkeit (27,8 %) und Informationsmangel (14,4 %). Weitere Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Krebsvorsorgeuntersuchung waren Zeitmangel (13,6 %), die Angst vor dem Ergebnis (11,9 %) oder "weiß keinen rechten Arzt" (11 %). Ebenfalls 11 % der Frauen fühlten sich für die Krebsvorsorgeuntersuchung schon zu alt (siehe Abbildung 4).

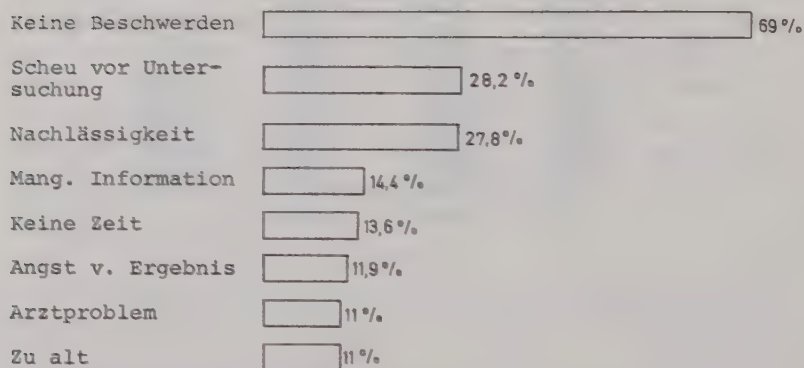


Abb. 4: Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Krebsvorsorgeuntersuchung

Unter Berücksichtigung des Alters der Patientinnen, die nicht an der Vorsorgeuntersuchung teilgenommen hatten, zeigten sich bei den unter 50-jährigen Frauen drei Hauptgründe dafür: Beschwerdefreiheit, Nachlässigkeit und Zeit-

mangel (je 46 %) (siehe Tabelle 2). Bei den Patientinnen zwischen 50 und 59 Jahren waren ebenfalls Wohlbefinden und Nachlässigkeit meistgenannte Gründe (je 75 %), gefolgt von Zeitmangel (62 %), "weiß keinen rechten Arzt" (31 %) und der Scheu vor der gynäkologischen Untersuchung (25 %). In der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen war neben Beschwerdefreiheit (95 %), Nachlässigkeit (38 %) und Scheu vor der gynäkologischen Untersuchung (24 %) von 4 Frauen (11 %) das Alter als Ursache für die Nichtbeteiligung an der Vorsorgeuntersuchung angegeben worden. Unter den über 70-Jährigen fühlten sich 17,6 % der Frauen für diese Untersuchung zu alt. Zweithäufigster Grund war in dieser Altersklasse nach der Beschwerdefreiheit (55 %) die Scheu vor der gynäkologischen Untersuchung (39 %), gefolgt von 29,6 % Frauen, die nicht von der Möglichkeit einer Krebsvorsorgeuntersuchung gewußt hatten.

Altersgruppe	unt. 50 J.		50-59 J.		60-69 J.		70 J.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Keine Beschwerden	6	46	12	75	35	95	28	55
Scheu v. Untersuch.	1	7	4	25	9	24	20	39
Nachlässigkeit	6	46	12	75	14	38	3	6
Mang. Information	-	-	1	6	1	3	15	29
Keine Zeit	6	46	10	62	-	-	-	-
Angst v. Ergebnis	3	23	4	25	4	11	5	10
Arztproblem	3	23	5	31	7	19	-	-
Zu alt	-	-	-	-	4	11	9	18

Tab. 2: Gründe für die Nichtinanspruchnahme der Krebsvorsorgeuntersuchung in Abhängigkeit des Alters

5. Allgemeine Kritik und Verbesserungsvorschläge

Der meist geäußerte Verbesserungsvorschlag aller in dieser Untersuchung befragten Patientinnen betraf mit 67 % die automatische Zusendung des Vorsorgescheines von seiten der Krankenkasse. Weiterhin wurden die langen Wartezeiten bei den praktischen Ärzten und Fachärzten bemängelt. Eine Terminvereinbarung bei den Fachärzten bzw. die Einführung einer "speziellen Vorsorgesprechstunde" war Wunsch von 17,8 % der Befragten. Nicht unbeachtet lassen sollte man auch die Anregung von Pflicht- bzw. Reihenuntersuchungen (4,5 %) und den Wunsch nach häufigeren Untersuchungen (3,6 %) (siehe Tabelle 3).

Zusendung der Berechtigungsscheine	67,0 %
Terminvereinbarung/spez. Vorsorgesprechstunde	17,8 %
Einführung einer Pflicht- bzw. Reihenuntersuchung	4,5 %
Häufigere Untersuchungen	3,6 %

Tab. 3: Verbesserungsvorschläge zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung von seiten der Patientinnen

6. Anteil der jeweiligen Ärzte an der Krebsvorsorgeuntersuchung

Der größte Teil der Frauen (58,4 %) wandte sich zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung an einen Facharzt, 24,7 % suchten hierzu den Hausarzt auf, und 16,8 % gingen in eine Klinik oder in ein Krankenhaus (siehe Tabelle 4).

	%	n
Facharzt	58,4	59
Hausarzt	24,7	25
Klinik oder Krankenhaus	16,8	17

Tab. 4: Folgenden Arzt suchten die Patientinnen zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung auf

II. Ergebnisse bei den einzelnen Karzinomarten

1. Korpuskarzinom

a) Häufigkeit

Den höchsten Anteil unter den befragten Patientinnen nahmen die Frauen mit einem Korpuskarzinom ein (90 Fälle). Im Vergleich zu den 180 Patientinnen mit einem Kollumkarzinom, die in diesem Zeitraum an der I. UFK-Mü behandelt wurden (235), nahm das Endometriumkarzinom an dieser Klinik mit 25,1 % den 2. Platz in der Häufigkeit der weiblichen Genitalkarzinome ein. Daraus ergibt sich ein Verhältnis von Zervixkarzinom zu Endometriumkarzinom von 2 : 1.

b) Altersverteilung

Abbildung 5 zeigt die Altersverteilung der Frauen mit einem Korpuskarzinom. Keine Patientin war jünger als 40 Jahre, die älteste Patientin war 87 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 63,9 Jahre.

Der Häufigkeitsgipfel lag mit 66,7 % (= 2/3) deutlich bei den Frauen über 60 Jahren. Er setzt sich zusammen aus je 1/3 60- bis 69-jährigen und 70 Jahre alten und älteren Frauen. 24,4 % (n = 22) waren zwischen 50 und 59 Jahre alt und nur 8,9 % (n = 8) unter 50 Jahre.

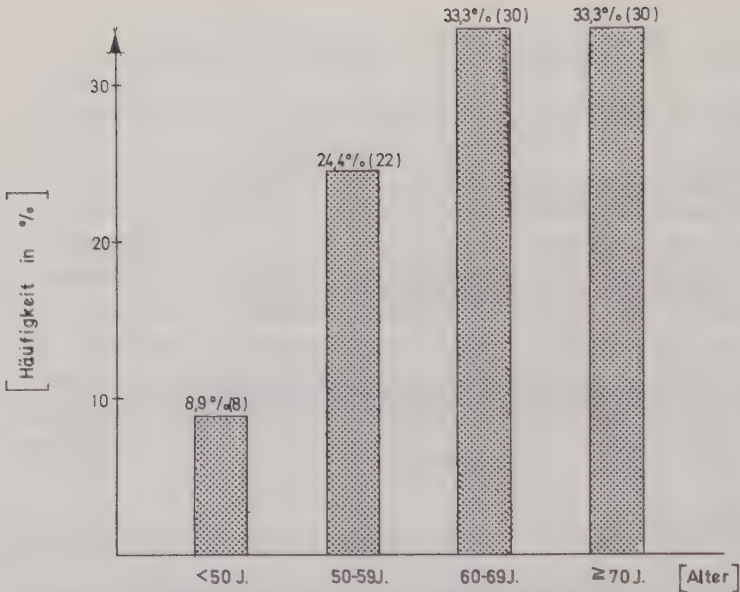


Abb. 5: Altersverteilung bei den Patientinnen mit einem Korpuskarzinom
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

c) Epidemiologische Faktoren

Konstitutionelle Prädisposition und endokrine Einflüsse werden als Faktoren in der kausalen Genese des Korpuskarzinoms genannt.

Über die Häufigkeit konstitutioneller Faktoren bei den von uns untersuchten Patientinnen mit einem Korpuskarzinom gibt Tabelle 5 Aufschluß. So wiesen 25,5 % ($n = 23$) dieser Frauen einen manifesten Diabetes auf und 42,2 % ($n = 38$) einen Hypertonus mit systolischen RR-Werten über 150 mmHg. Der Anteil an adipösen Frauen unter ihnen betrug 44,4 % ($n = 40$). Eine Herzinsuffizienz lag bei 34,4 % ($n = 31$) der Patientinnen vor, eine Varikosis bei 26,7 % ($n = 24$).

	n	%
Adipositas	40	44,4
Diabetes	23	25,5
Hypertonus	38	42,2
Herzinsuffizienz	31	34,4
Varikosis	24	26,7

Tab. 5: Konstitutionelle Faktoren bei den Patientinnen mit einem Korpuskarzinom

Unter den endokrinen Faktoren in der Ätiologie des Korpuskarzinoms war zunächst die durchschnittliche Dauer der Geschlechtsreife von Interesse. Sie wich bei den von uns untersuchten Patientinnen mit einem Korpuskarzinom nicht wesentlich von der der Durchschnittsbevölkerung ab. Das durchschnittliche Menarchealter betrug 14,1 Jahre; die Menopause setzte im Durchschnitt mit 50,7 Jahren ein. In der Postmenopause befanden sich 84 % der Frauen.

Weiterhin soll die Anzahl der durchgemachten Schwangerschaften Einfluß auf die spätere Entstehung eines Korpuskarzinoms haben. So hatten 45 % unserer untersuchten Frauen mit einem Korpuskarzinom 1 - 2 Schwangerschaften und 12,2 % mehr als 3 Schwangerschaften hinter sich.

Die durchschnittliche Kinderzahl betrug 1,7.

27,8 % der Patientinnen mit einem Korpuskarzinom waren kinderlos.

In der früheren gynäkologischen Anamnese der Frauen mit einem Korpuskarzinom lagen relativ häufig Zyklus-anomalien in Form von dysfunktionellen Blutungen oder Hypermenorrhoeen vor, die bei 30 Patientinnen (= 33,3 %) damals Anlaß zu einer Abrasio gegeben hatten. Der Anteil an Myomträgerinnen

unter den Frauen mit einem Korpuskarzinom betrug 11,1 % (10 Fälle). Bei 4 Patientinnen (= 4,4 %) waren Schleimhautpolypen des Endometriums nachweisbar (siehe Tabelle 6).

	n	%
Blutungen / Abrasionen	30	33,3
Myom	10	11,1
Schleimhautpolypen	4	4,4

Tab. 6: Frühere gynäkologische Erkrankungen bei den Patientinnen mit einem Korpuskarzinom

Als weiterer ätiologischer Faktor für die Entstehung eines Korpuskarzinoms sind Bestrahlungen, vor allem in Form von Radiummenolysen, hervorzuheben. In dem von uns untersuchten Patientengut war eine Frau, bei der vor 26 Jahren eine derartige Strahlenmenolyse durchgeführt worden war.

Schließlich fanden sich unter unseren Patientinnen mit einem Korpuskarzinom zwei Frauen mit einem Zweitkarzinom in der Anamnese. In beiden Fällen handelte es sich dabei um ein Mammapkarzinom, das bei der einen Patientin vor 13 Jahren, bei der anderen vor 5 Monaten Anlaß zur Ablatio gegeben hatte.

Zuletzt mag in der Ätiologie des Korpuskarzinoms auch eine erbliche Krebsdisposition von Bedeutung sein. Unter Berücksichtigung von Geschwistern, Eltern und Großeltern lag bei insgesamt 34 (= 37,8 %) Frauen mit einem Korpuskarzinom eine familiäre Krebsbelastung vor. Bei 11 (= 12,2 %) dieser Fälle handelte es sich um ein Genital-, bei 4 (= 4,4 %) um ein Mammapkarzinom.

d) Symptomatik des Korpuskarzinoms

Blutung		81,1% (73)
Unterbauchschmerzen		23,3% (21)
Fluor		13,3% (12)
Kreuzschmerzen		10% (9)
Hypermenorrhoe		5,6% (5)

Abb. 6: Symptomatik des Korpuskarzinoms
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

Häufigstes Symptom, das die Frauen veranlaßte, einen Arzt aufzusuchen, war die uterine Blutung mit 81,1 %, die entsprechend der Altersverteilung dieser Patientinnen vorwiegend im Klimakterium und in der Postmenopause aufgetreten war. An zweiter Stelle der Beschwerden standen unklare Unterbauchbeschwerden (23,3 %), gefolgt von allgemeinem Fluor (13,3 %) und Kreuzschmerzen (10 %).

5 der noch 14 menstruierenden Frauen klagten über eine Hypermenorrhoe, die dann in eine Dauerblutung übergegangen war; die übrigen 9 wiesen andere klimakterische Blutungen auf.

e) Verschleppung des Korpuskarzinoms

Zeit	n	%
bis 4 Wochen	55	61,1
1 - 3 Monate	10	11,1
3 - 6 Monate	9	10,0
6 - 12 Monate	8	8,9
über 1 Jahr	5	5,6

Tab. 7: Zeitraum zwischen dem ersten Auftreten von Beschwerden und der Konsultation eines Arztes bei den Patientinnen mit einem Korpuskarzinom

Vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Konsultation eines Arztes vergingen im Durchschnitt 9,4 Wochen.

Tabelle 7 zeigt die Verschleppungszeiten bei den Frauen mit einem Korpuskarzinom im einzelnen. 61,1 % von ihnen gingen sofort bzw. innerhalb der ersten 4 Wochen nach Auftreten der Beschwerden zum Arzt, 11,1 % der Frauen warteten bis zu 3 Monaten, 10 % ließen 3 - 6 Monate und 8,9 % ein halbes bis ein Jahr vergehen, ehe sie einen Arzt konsultierten. 5,6 % der Patientinnen hatten sogar bereits länger als ein Jahr Beschwerden.

Bei 2 Frauen, die trotz ihrer Beschwerden keinen Arzt aufgesucht hatten, konnte das Malignom zufällig während eines Krankenhausaufenthaltes entdeckt werden, bei einer weiteren Patientin, die über keinerlei Beschwerden geklagt hatte, wurde das Karzinom in der Vorsorgeuntersuchung entdeckt.

Nicht ganz unbedeutend ist auch die Verschleppung der Krankheit durch den erstkonsultierten Arzt. So gaben 16 Frauen (= 17,8 %) an, wegen ihrer Beschwerden länger als 4 Wochen in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein; bei 8 von ihnen veranlaßte der jeweilige Arzt trotz Postmenopausenblutungen über einen Zeitraum von 3 Monaten bis zu 1 Jahr zunächst keine Abrasio zur Abklärung der Beschwerden.

f) Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung

Die Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung betrug bei den Patientinnen mit einem Korpuskarzinom 43,3 % (n = 39). Mehr als die Hälfte dieser Frauen hatte also die Untersuchung nicht in Anspruch genommen. Wie Abbildung 7 zeigt, ist dieses Ergebnis in erster Linie auf die geringe Beteiligung bei den Frauen über 60 Jahren zurückzuführen, wo nur 1/3 bzw. sogar nur 26,6 % an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen hatten. Bei den 50- bis 59-jährigen Patientin-

nen betrug dieser Prozentsatz 68,2 % ($n = 15$) und bei den unter 50-Jährigen 75 % ($n = 6$). Jedoch nur bei einer einzigen dieser 39 Frauen, die die Krebsfrüherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen hatten, konnte in dieser Untersuchung das Karzinom entdeckt werden, bei den übrigen 38 Frauen ergab sie keinen Hinweis auf ein bestehendes Malignom.

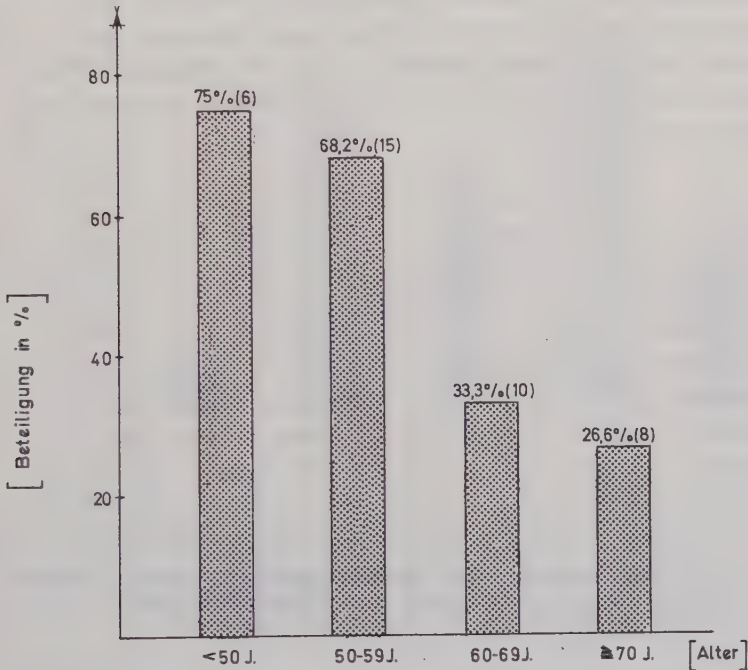


Abb. 7: Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung bei den Patientinnen mit einem Korpuskarzinom in Abhängigkeit des Alters
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

Dabei betrug der Zeitabstand zwischen der letzten gynäkologischen Untersuchung und der Diagnose des Korpuskarzinoms bei 8 Patientinnen (= 8,9 %) weniger als 1/2 Jahr und bei weiteren 15 Frauen (= 16,7 %) lag dieser zwischen 1/2 und 1 Jahr. Wie aus Tabelle 8 weiterhin hervorgeht, waren 17,8 % der Patientinnen zuletzt vor 1 - 2 Jahren und 16,7 % vor 2 - 5 Jahren gynäkologisch untersucht worden. Fast 1/4 der Patientinnen (24,4 %) gab an, sich an den Zeitpunkt der letzten gynäkologischen Untersuchung nicht mehr erinnern zu können, und weitere 14 Frauen (= 15,6 %) gestanden, vor ihrer Krankheit überhaupt noch nie bei einem Frauenarzt gewesen zu sein.

	n	%
1 - 3 Monate	2	2,2
3 - 6 Monate	6	6,7
6 - 12 Monate	15	16,7
1 - 2 Jahre	16	17,8
2 - 5 Jahre	15	16,7
unbekannt	22	24,4
noch nie	14	15,6

Tab. 8: Zeitraum zwischen der letzten gynäkologischen Untersuchung und der Diagnose des Korpuskarzinoms

2. Ergebnisse bei den Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom

a) Häufigkeit

Dem Endometriumkarzinom folgte bezüglich der Häufigkeit das Ovarialkarzinom mit 52 primären und 4 sekundären Tumoren (Ovarialmetastasen von je zwei Korpus- und Mamnakarzinomen). Es nahm an unserer Klinik mit 14,5 % den dritten Platz unter

den Genitalkarzinomen ein. Daraus ergibt sich ein Verhältnis von Kollum-/Korpus-/Ovarialkarzinom = 4 : 2 : 1,2.

b) Altersverteilung

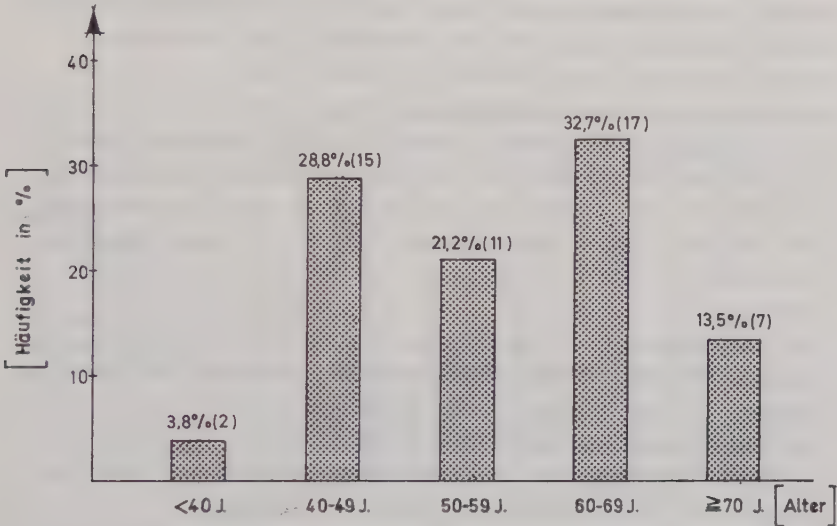


Abb. 8: Altersverteilung bei den Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

Die jüngste Patientin zählte 26 Jahre, die älteste 83 Jahre. Das Durchschnittsalter betrug 56,6 Jahre.

Das Häufigkeitsmaximum lag mit 32,7 % ($n = 17$) bei den Frauen zwischen 60 und 69 Jahren, gefolgt von 28,8 % ($n = 15$) 40- bis 49-Jährigen und 21,2 % ($n = 11$) 50- bis 59-Jährigen. 13,5 % ($n = 7$) der Patientinnen waren 70 Jahre und älter und 3,8 % ($n = 2$) unter 40 Jahre alt (siehe Abbildung 8).

c) Epidemiologische Faktoren

In der Ätiologie des Ovarialkarzinoms werden zahlreiche Faktoren diskutiert.

So soll das Ovarialkarzinom gehäuft bei unverheirateten und sozial besser gestellten Frauen auftreten. Unter den von uns untersuchten Patientinnen mit einem malignen Ovarialtumor betrug der Anteil an Ledigen 11,5 % (n = 6).

Weiterhin sollen auch hormonelle Faktoren die Entstehung eines Ovarialkarzinoms beeinflussen. Aus der Anamnese unserer Patientinnen ergab sich ein durchschnittliches Menarchealter von 14,2 Jahren. Dabei zählten 17,3 % (n = 9) der Frauen bei Eintritt der ersten Regelblutung 11 oder 12 Jahre. Mehr als 1/3 (34,6 %) aber war damals mindestens 15 Jahre alt oder älter.

Das durchschnittliche Menopausenalter betrug 49,1 Jahre. Davon trat bei 33,1 % der Frauen die Menopause bereits mit 48 Jahren ein oder früher; unter ihnen war eine Patientin, die zu diesem Zeitpunkt erst 42 Jahre zählte.

In der Geschlechtsreife befanden sich noch 19,2 % (n = 10), 80,8 % (n = 42) waren bereits nach der Menopause.

Schließlich soll in der Ätiologie des Ovarialkarzinoms auch die Anzahl der durchgemachten Schwangerschaften von Bedeutung sein. Unter den von uns untersuchten Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom fanden sich 21,4 % Nullipara. Im Vergleich hierzu betrug dieser Anteil bei den Frauen mit einem Endometriumkarzinom 27,8 %.

Auffallend viele Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom gaben in der Anamnese frühere gynäkologische Erkrankungen und Eingriffe an (siehe Tabelle 9). Am häufigsten wurde hier die Dysmenorrhoe genannt, über die fast jede 2. Patientin (46,2 %) geklagt hatte. An zweiter Stelle folgen mit 19 % die Curettagen. Bemerkenswert war auch der relativ hohe Anteil an Frauen mit vorausgegangenen Uterusexstirpationen

(11,5 %). 8 weitere Patientinnen gaben in der Anamnese frühere Adnexerkrankungen an, die damals teils operativ (9,6 %), teils auch konservativ (5,7 %) behandelt worden waren. Bei einer Patientin lag in der Anamnese als zweites primäres Karzinom ein Mammakarzinom vor, das vor 14 Jahren Anlaß zur Ablatio gegeben hatte.

	n	%
Dysmenorrhoe	24	46,2
Abrasio	10	19,0
Hysterektomie	6	11,5
Einseitige Adnektomie	5	9,6
Adnexerkrankungen (kons.)	3	5,7
Mammakarzinom	1	1,9

Tab. 9: Frühere gynäkologische Erkrankungen und Eingriffe bei den Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom

Schließlich mag in der Ätiologie des Ovarialkarzinoms auch eine erbliche Disposition von Bedeutung sein. So lag bei insgesamt 12 Patientinnen (= 21,4 %) mit einem primären oder sekundären Ovarialkarzinom eine familiäre Belastung von seiten der Eltern vor. Darunter handelte es sich in 4 Fällen um ein Genital- oder Mammakarzinom. 4 weitere Patientinnen waren nicht sicher, aber wahrscheinlich sei in ihrer Familie ebenfalls schon einmal Krebs aufgetreten.

d) Symptomatik des Ovarialkarzinoms

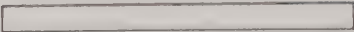
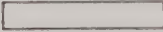
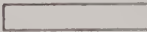
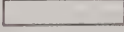
Unspezifische Unterbauchbeschwerden		50% (26)
Zunahme des Leibesumfanges		32,7% (17)
Gewichtsabnahme		26,9% (14)
Obstip./Blähungen		23% (12)
Müdigkeit/Leistungsabfall		21,1% (11)
Übelkeit/Brechreiz		17,3% (9)
Kreuzschmerzen		11,5% (6)
Pollakisurie		11,5% (6)
Dysfunkt. Blutungen		9,6% (5)
Fieber		5,7% (3)

Abb. 9: Symptomatik des Ovarialkarzinoms
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

Unter den Krankheitserscheinungen, die die Frauen veranlaßten, einen Arzt aufzusuchen, standen mit 50 % unspezifische Schmerzen im Unterbauch an erster Stelle; zweithäufigstes Symptom war bereits die Zunahme des Leibesumfanges (32,7 %), gefolgt von Gewichtsabnahme (26,9 %), Verdauungsstörungen wie Obstipation und Blähungen (23 %) und Müdigkeit und Leistungsminderung (21,1 %). 17,3 % der Frauen klagten über Übelkeit und Brechreiz, je 11,5 % über Kreuzschmerzen und Pollakisurie und weitere 9,6 % über Blutungsstörungen. 4 Patientinnen (= 7,7 %) gaben an, keinerlei Beschwerden gehabt zu haben (siehe Abbildung 9).

e) Verschleppung des Ovarialkarzinoms

	n	%
1 - 4 Wochen	27	51,9
1 - 3 Monate	12	23,0
3 - 6 Monate	6	11,5
6 - 12 Monate	6	11,5
über 1 Jahr	1	1,9

Tab. 10: Verschleppung des Ovarialkarzinoms

Die durchschnittliche Verschleppungszeit betrug bei den Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom 8,9 Wochen, also knapp 2 1/2 Monate.

Tabelle 10 zeigt die Zeiträume im einzelnen, die die Frauen vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Konsultation eines Arztes verstreichen ließen. Daraus ist ersichtlich, daß mehr als die Hälfte (51,9 %) der Frauen ihren Arzt bereits innerhalb von 4 Wochen aufgesucht hatte. Knapp ein Viertel der Patientinnen wartete bis zu 3 Monaten und jeweils 11,5 % bis zu 1/2 oder 1 Jahr. Eine einzige Patientin ließ mehr als 1 Jahr vergehen, ehe sie wegen ihrer Beschwerden einen Arzt konsultierte.

Ähnlich wie beim Endometriumkarzinom, so war auch hier eine zusätzliche Verzögerung der Diagnose des Malignoms durch den erstkonsultierten Arzt aufgefallen. 8 Frauen (= 15,4 %) mit einem Ovarialkarzinom wurden von den jeweiligen Ärzten über einen Zeitraum von mehr als 2 Monaten gegen Störungen der Darmmotilität, gegen Harnwegsinfekte und Hormonstörungen behandelt, oder man führte ihre Beschwerden auf postoperative Verwachsungen zurück.

f) Beteiligung an der Vorsorgeuntersuchung

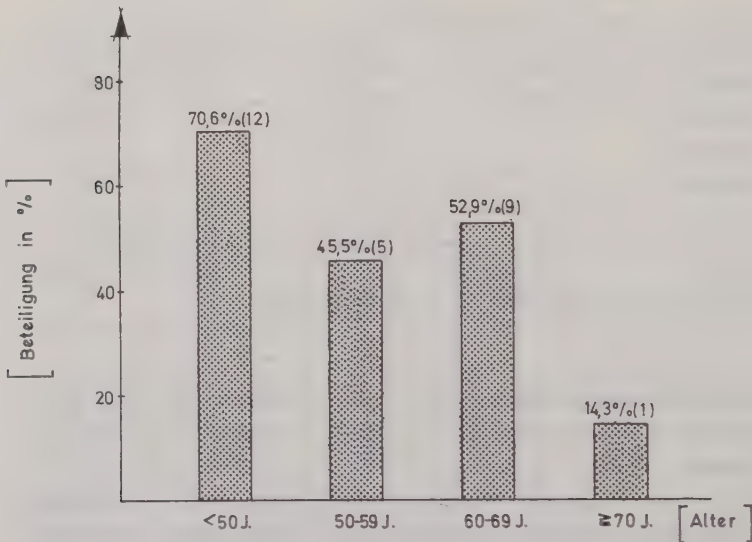


Abb. 10: Beteiligung an der Vorsorgeuntersuchung bei den Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom (in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

Von den 52 Frauen mit einem primären Ovarialkarzinom waren 27 (= 51,9 %) zur Vorsorgeuntersuchung gegangen. Vor allem bei den jüngeren Patientinnen war die Beteiligung mit 70,6 % (n = 12) recht hoch; mit zunehmendem Lebensalter der Frauen sank sie jedoch rasch ab. Während die Beteiligung an Krebsvorsorgeuntersuchungen bei den Frauen zwischen 50 und 59 Jahren noch 45,5 % (n = 5) betrug, bei den Patientinnen zwischen 60 und 69 Jahren sogar 52,9 % (n = 9), hatte nur eine einzige (= 14,3 %) unter den 70-jährigen bzw. älteren Patientinnen die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen (siehe Abbildung 10).

Nur bei 3 dieser 27 Patientinnen, die regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gegangen waren, konnte das Karzinom durch diese Untersuchung entdeckt werden, bei den übrigen blieb sie erfolglos.

In allen 3 Fällen jedoch war aber nicht der zytologische Befund des Abstriches, sondern einzig der vaginale Tastbefund für die Diagnostik des Ovarialtumors entscheidend. Bei zwei weiteren Patientinnen, die primär wegen zunehmender Harninkontinenz zur stationären Aufnahme in die Klinik gekommen waren, ergab ebenfalls die vaginale Untersuchung den Hinweis auf einen gleichzeitig bestehenden Ovarialtumor.

Daß der Vaginalzytologie in der Frühdiagnostik des Ovarialkarzinoms nur geringe Bedeutung beigemessen werden kann, geht auch daraus hervor, daß bei 7 dieser 27 Patientinnen, die regelmäßig an der Krebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen hatten, die letzte Smearentnahme vor weniger als 3 Monaten erfolgt war. Bei 6 Patientinnen betrug der Zeitabstand zwischen der letzten gynäkologischen Untersuchung und der Diagnose des Karzinoms 3 - 6 Monate, bei weiteren 7 Patientinnen 6 - 12 Monate. Wie aus Tabelle 11 hervorgeht, lag aber auch bei einem Großteil der Patientinnen (19,2 %) die letzte gynäkologische Untersuchung mehr als 5 Jahre zurück. 21,2 % der Frauen konnten sich an den Zeitpunkt dieser Untersuchung nicht mehr genau erinnern bzw. waren bis dahin noch nie gynäkologisch untersucht worden.

Zeit	n	%
unter 3 Monate	7	13,5
3 - 6 Monate	6	11,5
6 - 12 Monate	7	13,5
1 - 2 Jahre	7	13,5
2 - 5 Jahre	4	7,7
über 5 Jahre	10	19,2
unbekannt / noch nie	11	21,2

Tab. 11: Zeitabstand zwischen der letzten gynäkologischen Untersuchung und der Diagnose des Ovarialkarzinoms

3. Ergebnisse bei den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom

a) Häufigkeit

Die 31 Patientinnen mit einem Vulvakarzinom, die sich während dieses Zeitraums an der I. UFK-Mü in stationärer Behandlung befanden, gliedern sich auf in 23 Frauen mit einem primären Karzinom, eine mit einem Carcinoma in situ, das streng genommen noch nicht zu den Karzinomen gerechnet werden kann, und 7 Patientinnen mit einem sekundären Vulvakarzinom bzw. Tumorrezidiv. Die folgenden Angaben beziehen sich dabei nur auf die Fälle mit einem primären Karzinom.

Bezüglich der Häufigkeit stand damit das Vulvakarzinom an der I. UFK-Mü mit einem relativen Anteil von 6,7 % an vierter Stelle unter den weiblichen Genitalkarzinomen.

Damit ergibt sich ein Verhältnis von Kollum-/Korpus-/Ovarial-/Vulvakarzinom von 8 : 4 : 2,4 : 1.

b) Altersverteilung

Die Altersverteilung zeigt eine deutliche Zunahme der Erkrankungshäufigkeit nach dem 60. Lebensjahr (83,3 %), wobei der

Häufigkeitsgipfel mit 50 % bei den über 70-Jährigen lag (siehe Abbildung 11). Nur 4 Patientinnen waren unter 60 Jahre alt, darunter die Jüngste mit nur 34 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug 68,4 Jahre.

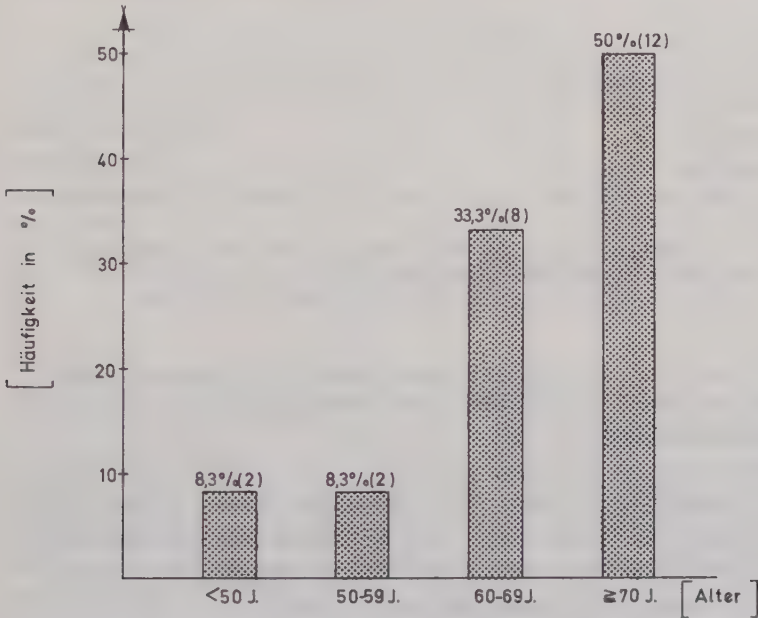


Abb. 11: Altersverteilung bei den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

c) Epidemiologie des Vulvakarzinoms

In der Ätiologie des Vulvakarzinoms sollen ähnlich wie beim Karpuskarzinom konstitutionelle Faktoren wie Diabetes mellitus, Adipositas und Hypertonus eine Rolle spielen. Wie aus

Tabelle 12 hervorgeht, war bei jeweils 4 (= 16,7 %) der Patientinnen ein Diabetes oder Hypertonus bekannt; eine Adipositas wiesen 6 Frauen (= 25 %) auf.

	n	%
Diabetes	4	16,7
Hypertonus	4	16,7
Adipositas	6	25,0

Tab. 12: Konstitutionelle Faktoren bei den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom

Auffallend war ein relativ hoher Anteil an ledigen Frauen unter den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom (29 % = 7 Patientinnen).

Dementsprechend war auch ein recht hoher Prozentsatz von ihnen kinderlos geblieben (33,3 %). Im Vergleich hierzu fanden sich unter den Patientinnen mit einem Endometriumkarzinom 27,8 % Nullipara und unter den Ovarialkarzinompatientinnen 21,4 % Frauen, die nicht geboren hatten.

Die durchschnittliche Kinderzahl betrug bei den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom 1,7.

Als wichtigste prädisponierende Faktoren für die Entstehung eines Vulvakarzinoms gelten die dystrophischen Veränderungen der Vulva, deren klinisches Hauptsymptom der Juckreiz ist. So wiesen 9 unserer Patientinnen mit einem Vulvakarzinom eine Juckreizanamnese von mehreren Jahren auf.

Bei einer weiteren Patientin war vor 3 Jahren wegen einer fleckförmigen weißlichen Verdickung eine Biopsie entnommen worden, deren histologische Beurteilung eine Leukoplakie ergeben hatte. Wie aus den jetzigen Histologiebefunden hervorgeht, war noch bei einer zweiten Patientin neben dem Karzi-

nom eine ausgeprägte Leukoplakie nachweisbar. Ebenso war diesen Befunden zu entnehmen, daß bei 4 Patientinnen das Karzinom auf dem Boden eines Morbus Bowen entstanden war (siehe Tabelle 13).

	n	%
Kraurosis vulvae	9	37,5
Leukoplakie	2	8,3
Morbus Bowen	4	16,6

Tab. 13: Häufigkeit prädestinierender Hautveränderungen bei den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom

Ebenso wie beim Endometrium- und Ovarialkarzinom soll auch in der Ätiologie des Vulvakarzinoms eine Tumormultiplizität von Bedeutung sein.

Bei 2 unserer Patientinnen mit primärem Vulvakarzinom war anamnestisch ein zweites primäres Karzinom bekannt. Bei einer von ihnen wurde vor 5 Jahren wegen eines Mammakarzinoms eine Ablatio, bei der zweiten Patientin aufgrund eines Kolonkarzinoms 1 Jahr zuvor eine Uterusexstirpation durchgeführt; das jetzige Vulvakarzinom war jedoch laut histologischem Befund auf dem Boden eines Morbus Bowen entstanden.

d) Symptomatik des Vulvakarzinoms

Die subjektiven Beschwerden der Patientinnen, die zur Diagnosestellung führten, zeigt Abbildung 12.

Häufigstes Symptom des Vulvakarzinoms war der Pruritus mit 75 % (n = 18), gefolgt von Brennen bei der Miktion mit 50 % (n = 12). Eine Rötung sowie eine Verhärtung oder Knotenbildung bemerkten jeweils 20,8 % (n = 5); 4 (= 16,6 %) der Patientinnen klagten über ein Nässen oder eine Blutung und 3 (= 12,5 %) über eine Ulzeration.

Pruritus		75% (18)
Brennen b.d.Mikt.		50% (12)
Verhärt./Knotenbild.		20,8% (5)
Rötung		20,8% (5)
Nässen/Blutung		16,6% (4)
Ulzeration		12,5% (3)

Abb. 12: Symptomatik des Vulvakarzinoms
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

e) Verschleppung des Vulvakarzinoms

Zeit	n	%
1 - 4 Wochen	5	20,9
1 - 6 Monate	1	4,2
6 - 12 Monate	8	33,3
über 1 Jahr	9	37,5

Tab. 14: Zeitraum zwischen dem ersten Auftreten der Beschwerden und der Konsultation des Arztes

Die Dauer der Beschwerden, ehe die Frauen einen Arzt konsultierten, war mit durchschnittlich 11,7 Monaten, also fast einem Jahr, recht lang. Während 20,9 % (n = 5) der Patientinnen innerhalb von 4 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome einen Arzt aufgesucht hatten, wartete 1/3 der Frauen länger als 1/2 Jahr und 37,5 % sogar länger als 1 Jahr; darunter waren 2 Frauen, die bereits seit mehr als 3 Jahren Beschwerden hatten (siehe Tabelle 14).

Ähnlich wie beim Endometrium- und Korpuskarzinom, sollte man auch bei den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom die Verschleppung der Diagnose von seiten des erstkonsultierten Arztes nicht außer acht lassen. So gaben 5 Patientinnen (= 21 %) an, länger als ein halbes Jahr von ihrem Hausarzt oder Frauenarzt mit Salben, Tabletten usw. behandelt worden zu sein, ohne daß dieser eine histologische Untersuchung veranlaßt hatte.

f) Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

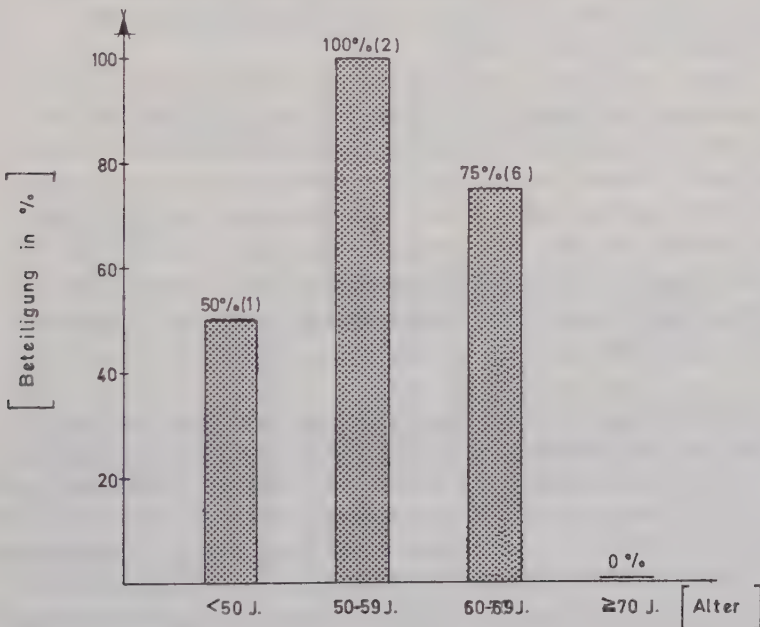


Abb. 13: Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom (in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

Die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen war bei den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom mit 9 von 24 Frauen (= 37,5 %) am geringsten.

Wie aus Abbildung 13 hervorgeht, ist dies im wesentlichen auf das höhere Alter der Frauen zurückzuführen.

Während von den zwei 50- bis 59-jährigen Patientinnen beide (= 100 %), von den 60- bis 69-jährigen immerhin noch 75 % an der Krebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen hatten, fand sich unter den 70 Jahre alten und älteren Patientinnen keine einzige, die diese Untersuchung in Anspruch genommen hatte. Von den beiden jüngeren Frauen hatte eine an der Krebsvorsorge teilgenommen.

Bei dieser Patientin - es handelte sich dabei um eine 34 - jährige Frau, die wegen einer vor 3 Jahren histologisch gesicherten Leukoplakie in ständiger ärztlicher Kontrolle gewesen war - konnte durch diese Untersuchung das Malignom in einem Frühstadium, nämlich noch als Carcinoma in situ, entdeckt werden. Bei den 8 übrigen Frauen, die ebenfalls an der Vorsorgeuntersuchung teilgenommen hatten, wurde dabei jedoch lediglich ein Portioabstrich, jedoch keine Zytologie der Vulva entnommen.

Der Zeitabstand zwischen der letzten gynäkologischen Untersuchung und der jetzigen Diagnose betrug bei 3 Patientinnen (= 12,5 %) nicht einmal 1/2 Jahr; bei weiteren 3 Patientinnen lag diese Untersuchung 1/2 bis 1 Jahr zurück und bei ebenfalls 12,5 % war sie vor 1 bis 2 Jahren erfolgt. Bei je 2 Patientinnen (= 8,3 %) betrug dieser Zeitabstand 2 bis 5 Jahre bzw. mehr als 5 Jahre. Fast die Hälfte (= 45,8 %) der Patientinnen mit einem Vulvakarzinom war jedoch noch nie bei einem Frauenarzt gewesen oder konnte sich zumindest nicht daran erinnern (siehe Tabelle 15).

Zeit	n	%
3 - 6 Monate	3	12,5
6 - 12 Monate	3	12,5
1 - 2 Jahre	3	12,5
2 - 5 Jahre	2	8,3
über 5 Jahre	2	8,3
noch nie / unbekannt	11	45,8

Tab. 15: Zeitabstand zwischen der letzten gynäkologischen Untersuchung und der Diagnose des Vulvakarzinoms

4. Ergebnisse bei den Patientinnen mit einem Vaginalkarzinom

a) Häufigkeit

Die 26 Fälle mit einem Vaginalkarzinom, die innerhalb dieses Zeitraumes an der I. UFK-Mü verzeichnet werden konnten, gliedern sich auf in 12 primäre und 14 sekundäre Karzinome. Die Häufigkeit des primären Vaginalkarzinoms betrug somit 3,4 % unter den weiblichen Genitalkarzinomen. Daraus ergibt sich ein Verhältnis von Kollum-/Korpus-/Ovarial-/Vaginalkarzinom von 16 : 8 : 4,6 : 1.

b) Altersverteilung

Die Altersverteilung beim primären Vaginalneoplasma zeigt Abbildung 14.

Die jüngste Patientin war eine 15-jährige Schülerin mit einem Mesonephroblastom. Eine weitere Patientin zählte zwischen 50 und 59 Jahren, während der größte Teil der Frauen mit einem Vaginalkarzinom mit je 41,7 % zwischen 60 und 69 Jahren oder 70 Jahre und älter war.

Das Durchschnittsalter lag bei 61, 1 Jahren.

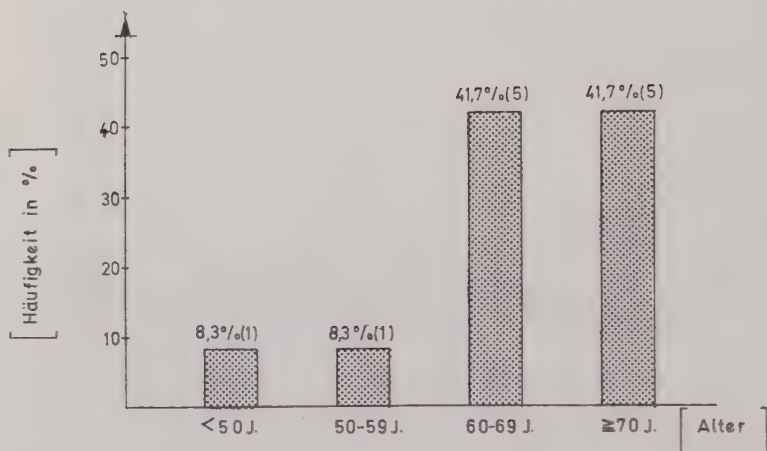


Abb. 14: Altersverteilung der Patientinnen mit einem Vaginalkarzinom
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

c) Epidemiologische Faktoren

Das primäre Vaginalkarzinom scheint bevorzugt bei Frauen jenseits der Menopause aufzutreten. Mit Ausnahme der 15-jährigen Patientin, deren Tumor auch histologisch ein Sonderfall darstellen dürfte, befanden sich nämlich alle übrigen Patientinnen bereits in der Postmenopause.

Ähnlich wie beim Korpus-, Ovarial- und Vulvakarzinom steht auch in der Ätiologie des Vaginalkarzinoms ein gehäuftes Auftreten dieses Tumors bei den Nullipara zur Diskussion. Unter unseren Patientinnen mit einem Vaginalkarzinom hatte fast die Hälfte (41,6 %) der Frauen keine Schwangerschaft hinter sich. Vergleichsweise betrug dieser Anteil bei den

Patientinnen mit einem Vulvakarzinom 33,3 %, gefolgt von 27,8 % Nullipara unter den Korpuskarzinompatientinnen und 21,4 % unter den Frauen mit einem Ovarialkarzinom. Die durchschnittliche Kinderzahl lag bei den Patientinnen mit einem Vaginalkarzinom bei 1,4.

Schließlich war bei 3 Patientinnen (= 25 %) gleichzeitig ein Diabetes mellitus bekannt.

d) Symptomatik

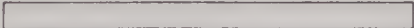
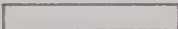
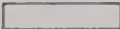
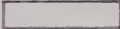
Blutung		58,3% (7)
Schmerzen		25% (3)
Fluor		16,6% (2)
Miktionsbeschw.		16,6% (2)
Kohabitations- beschwerden		8,3% (1)

Abb. 15: Symptomatik des Vaginalkarzinoms
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

Häufigstes Symptom, das die Frauen veranlaßte, einen Arzt aufzusuchen, war die vaginale Blutung mit 58,3 %. 3 Patientinnen (= 25 %) gaben Schmerzen in der Vagina an, je 2 (= 16,6 %) litten unter bräunlichem, übelriechendem Fluor und Miktionsbeschwerden. Eine Patientin (= 8,3 %) klagte über Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (siehe Abbildung 15).

e) Verschleppung

Die durchschnittliche Verschleppungszeit betrug 4 Monate. Innerhalb des 1. Monats nach Auftreten der ersten Symptome suchten 4 (= 33,3 %) der Patientinnen einen Arzt auf, je - weils 3 Frauen warteten 1 - 3 Monate bzw. 3 - 6 Monate; 2

Patientinnen hatten länger als ein Jahr Beschwerden (siehe Tabelle 16).

Zeit	n	%
1 - 4 Wochen	4	33,3
1 - 3 Monate	3	25,0
3 - 6 Monate	3	25,0
6 - 12 Monate	-	-
über 12 Monate	2	16,6

Tab. 16: Verschleppung des Vaginalkarzinoms

f) Teilnahme an der Krebsvorsorgeuntersuchung

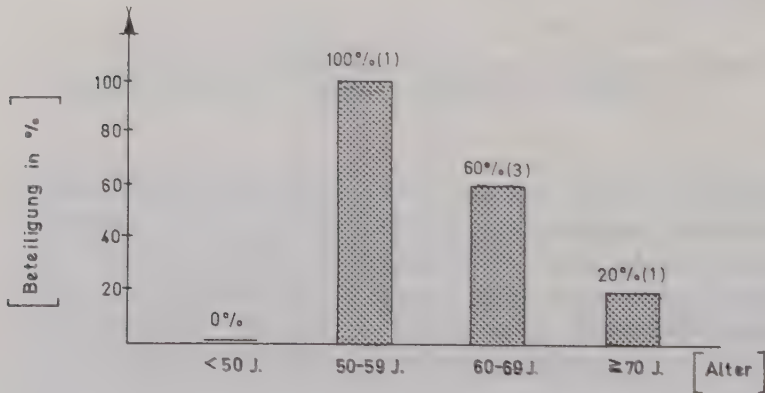


Abb. 16: Teilnahme an der Krebsvorsorgeuntersuchung bei den Patientinnen mit einem Vaginalkarzinom
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

5 (= 41,6 %) der 12 Patientinnen gaben an, die Krebsvorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen zu haben. Läßt man die 15-jährige Schülerin unberücksichtigt, so zeigt sich auch hier die deutliche Abhängigkeit der Beteiligung an der Vorsorgeuntersuchung vom Alter der Frauen. Betrug die Beteiligungsrate bei den 50- bis 59-Jährigen noch 100 %, so sank sie über 60 % bei den 60- bis 69-jährigen Frauen, auf 20 % bei den 70 Jahre alten Patientinnen und älteren (siehe Abbildung 16).

Bei einer dieser 5 Patientinnen konnte im Rahmen der Krebsvorsorgeuntersuchung das Karzinom entdeckt werden; diese Patientin war subjektiv beschwerdefrei, laut Untersuchungsbefund jedoch hatte das Malignom bereits eine Totalstenose der Vagina hervorgerufen. Bei den übrigen 4 Frauen, die ebenfalls an der Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hatten, ergab diese keinen Hinweis auf ein bestehendes Malignom. Dabei betrug bei 2 Patientinnen (= 16,6 %) der Zeitabstand zwischen der letzten gynäkologischen Untersuchung und der Diagnose des Karzinoms weniger als 3 Monate. Bei einer Patientin lag diese Untersuchung 1/2 bis 1 Jahr, bei zwei Frauen 1 bis 2 Jahre zurück. Der Großteil der Patientinnen mit einem Vaginalkarzinom (58,3 %) aber war noch nie gynäkologisch untersucht worden oder konnte sich zumindest nicht mehr daran erinnern (siehe Tabelle 17).

Zeit	n	%
1 - 3 Monate	2	16,6
3 - 6 Monate	-	-
6 - 12 Monate	1	8,3
1 - 2 Jahre	2	16,6
unbekannt / noch nie	7	58,3

Tab. 17: Zeitraum zwischen der letzten gynäkologischen Untersuchung und der Diagnose des Vaginalkarzinoms

5. Ergebnisse bei den Patientinnen mit einem Mammakarzinom

a) Häufigkeit

41 Patientinnen mit einem Mammakarzinom waren innerhalb dieses Zeitraumes an der I. UFK-Mü in stationärer Behandlung gewesen. Das Mammakarzinom stand damit an dieser Klinik nach dem Kollum-, Korpus- und Ovarialkarzinom in seiner Häufigkeit an 4. Stelle.

b) Altersverteilung

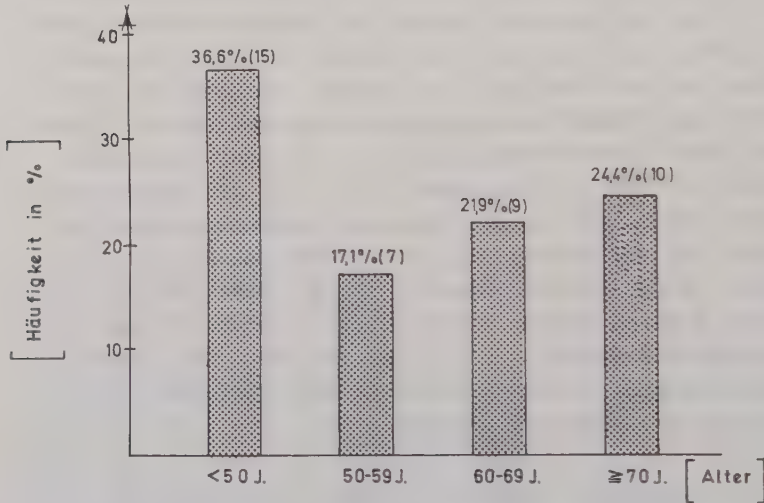


Abb. 17: Altersverteilung bei den Patientinnen mit
einem Mammakarzinom
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 57,8 Jahre.
Die jüngste Patientin war 28 Jahre alt, die älteste 85 Jah-

re. Die Altersverteilung wies gegenüber den bisher aufgezählten Karzinomen eigentlich kein ausgedehntes Häufigkeitsmaximum auf. Dennoch war mehr als $1/3$ (36,6 %) der Patientinnen mit einem Mammakarzinom noch keine 50 Jahre alt (siehe Abbildung 17). Zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr zeigte sich ein Absinken der Häufigkeit (17,1 %), um dann mit zunehmendem Alter der Frauen erneut anzusteigen. So waren 21,9 % der Patientinnen zwischen 60 und 69 Jahre alt und fast $1/4$ (24,4 %) über 70 Jahre alt gewesen.

c) Epidemiologische Faktoren

Ähnlich wie bei den Genitalkarzinomen soll auch in der Ätiologie des Mammakarzinoms der Familienstand der Frauen eine Rolle spielen. Unter unseren Patientinnen mit einem Mammakarzinom fanden sich 19,5 % ($n = 8$), die nicht verheiratet waren. Ebenso hoch war der Prozentsatz an Nullipara (19,5 %).

Nicht nur die Anzahl der durchgemachten Schwangerschaften, sondern auch das Alter der Frauen zum Zeitpunkt der ersten Geburt soll Einfluß auf die spätere Entstehung eines Mammakarzinoms haben. Das Durchschnittsalter unserer Patientinnen betrug zur Zeit ihres ersten Partus 25,1 Jahre. Dabei waren 43,9 % der Frauen, die geboren hatten, bei der Geburt ihres 1. Kindes über 25 Jahre alt gewesen.

Weiterhin sollen Frauen mit einem Mammakarzinom häufig eine verlängerte Geschlechtsreife aufweisen. Bei unseren Patientinnen jedoch trat die erste Regelblutung im Durchschnitt erst mit 14,4 Jahren ein und hörte bereits mit durchschnittlich 47,8 Jahren wieder auf.

Ein besonders großes Risiko, erneut an einem Mammakarzinom zu erkranken, gilt für Frauen, bei denen bereits ein Mammakarzinom vorgelegen hat. So mußte bei 2 (= 4,9 %) unserer Patientinnen wegen eines Karzinoms der anderen Brust vor 5 bzw. 26 Jahren schon einmal eine Ablatio durchgeführt werden.

Bei 3 (= 7,3 %) weiteren Patientinnen mit einem Mammakarzinom war anamnestisch ein zweites primäres Karzinom bekannt. Es handelte sich hierbei um 2 Zervixkarzinome, die vor 16 und vor 1 1/2 Jahren aufgetreten waren und um 1 Korpuskarzinom, das ebenfalls vor 1 1/2 Jahren festgestellt worden war.

Schließlich wiesen 11 (= 26,8 %) der Patientinnen mit einem Mammakarzinom eine familiäre Krebsbelastung von seiten der Eltern, Geschwister oder Großeltern auf. In 4 Fällen (= 9,7 %) war dieses Malignom ebenfalls ein Mammakarzinom gewesen.

d) Symptomatik

Knoten		70,7% (29)
Schmerzen		36,5 % (15)
Müdigkeit/Leistungsabfall		21,9% (9)
Gewichtsabnahme		12,2% (5)
Einziehung der Mamille		9,8% (4)
Allg. Verhärtung		4,9% (2)
Blut. Sekretion		2,4% (1)

Abb. 18: Symptomatik des Mammakarzinoms

Ein Knoten in der Brust war für 70,7 % der Frauen Anlaß, einen Arzt aufzusuchen. In 36,5 % traten Schmerzen auf, die teilweise in Schulter und Arm ausstrahlten; die übrigen Symptome wie die Einziehung der Mamille (9,8 %), deren Sekretion (2,4 %) oder auch eine allgemeine Verhärtung des ganzen Drüsenkörpers (4,9 %) waren dagegen weniger häufig. Über Allgemeinsymptome wie Müdigkeit und Leistungsabfall klagten 21,9 % der Frauen; eine Gewichtsabnahme stellten 12,2 % der Patientinnen fest (siehe Abbildung 18).

e) Verschleppung des Mammakarzinoms

Zeit	n	%
1 - 4 Wochen	12	29,3
1 - 3 Monate	7	17,1
3 - 6 Monate	9	21,9
6 - 12 Monate	7	17,1
über 1 Jahr	6	14,6

Tab. 18: Verschleppung des Mammakarzinoms

Im Durchschnitt warteten die Patientinnen mit einem Mammakarzinom 4,3 Monate, ehe sie wegen der genannten Symptome einen Arzt aufsuchten. Knapp ein Drittel (29,3 %) der Frauen ging innerhalb der ersten 4 Wochen nach Auftreten der ersten Beschwerden zum Arzt, 17,1 % warteten bis zu 3 Monaten und fast ein Viertel (21,9 %) der Patientinnen bis zu einem halben Jahr. Weitere 17,1 % kamen erst nach 1/2 bis 1 Jahr zum Arzt, und bei 14,6 % der Frauen betrug die Verschleppungszeit mehr als 1 Jahr (siehe Tabelle 18).

Eine Verschleppung der Diagnose und Therapie durch den erstkonsultierten Arzt über einen Zeitraum von mehr als 3 Monaten war bei 3 Patientinnen (= 7,3 %) vorgekommen.

f) Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung

51,2 % (= 21 Frauen) der Patientinnen mit einem Mammakarzinom hatten die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen. Dabei war auch hier wiederum eine deutliche Abhängigkeit der Beteiligung vom jeweiligen Alter der Patientinnen aufgefallen. 2/3 der Frauen unter 50 Jahren und mehr als die Hälfte (= 57,1 %) der 50- bis 59-Jährigen waren in der Krebsvorsorgeuntersuchung gewesen. Unter den 60- bis 69-Jährigen betrug

dieser Prozentsatz 44,4 % und unter den 70-jährigen und älteren Patientinnen nur noch 30 % (siehe Abbildung 19).

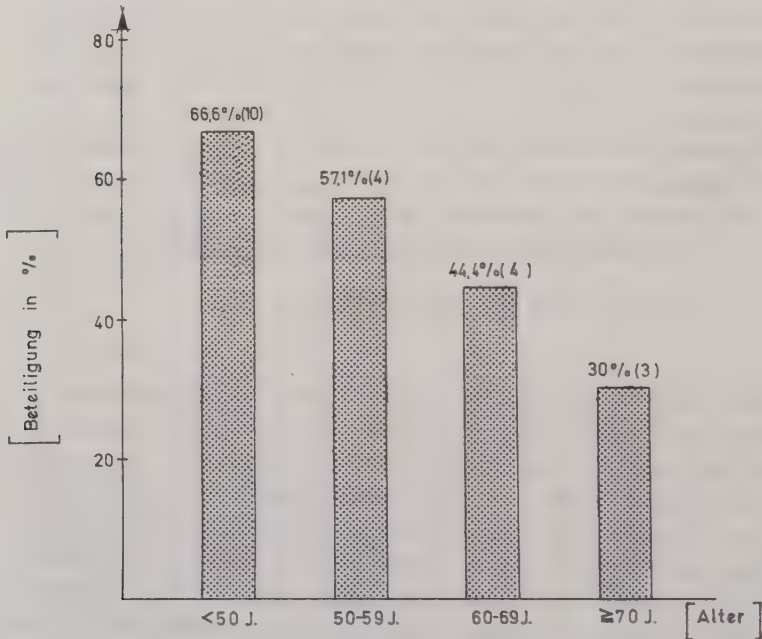


Abb. 19: Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung bei den Patientinnen mit Mammakarzinom in Abhängigkeit des Alters
(in Klammern angegebene Zahlen = Absolutzahlen)

Bei 2 dieser 21 Patientinnen konnte in der Krebsvorsorgeuntersuchung das Karzinom entdeckt werden. In beiden Fällen handelte es sich dabei um Frauen, die sich wegen eines früheren Korpus- bzw. Zervixkarzinoms regelmäßigen Kontrolluntersuchungen unterzogen hatten. Bei den übrigen 19 Patientinnen, die an der Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hatten,

gaben erst die entsprechenden Beschwerden Anlaß zu einer speziellen Diagnostik.

Dabei betrug der Zeitabstand zwischen der letzten Vorsorgeuntersuchung und der Diagnose des Karzinoms bei 8 Patientinnen (= 19,5 %) weniger als 1/2 Jahr. Bei knapp 1/4 (= 24,4 %) der Frauen war die letzte Untersuchung vor 1/2 bis 1 Jahr erfolgt, bei 7,3 % lag diese 1 bis 2 Jahre und bei 9,8 % 2 bis 5 Jahre zurück.

Fast 1/3 (= 31,7 %) der Frauen jedoch war noch nie bei einem Frauenarzt gewesen bzw. konnte sich daran nicht mehr erinnern (siehe Tabelle 19).

Zeit	n	%
3 - 6 Monate	8	19,5
6 - 12 Monate	10	24,4
1 - 2 Jahre	3	7,3
2 - 5 Jahre	4	9,8
über 5 Jahre	3	7,3
unbekannt / noch nie	13	31,7

Tab. 19: Zeitraum zwischen der letzten Vorsorgeuntersuchung und der Diagnose des Karzinoms

D) DISKUSSION DER ERGEBNISSE

I. Vorsorgeuntersuchung

Die Beteiligung an der Vorsorgeuntersuchung lag mit 46,6 % der Befragten innerhalb der in der Literatur angegebenen Zahlen; diese schwanken je nach Bundesland zwischen 24 % und 69,9 % der anspruchsberechtigten Frauen (168, 174, 62, 61, 245, 161, 70). Dabei lag für das ganze Bundesgebiet die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen 1974 bei 31,4 % aller anspruchsberechtigten Frauen (243). Die höchste Beteiligungsrate konnte im Bereich Ulm verzeichnet werden, wo sich laut einer Versichertenbefragung aus dem Jahre 1973 69,6 % der Frauen regelmäßig einer Krebsvorsorgeuntersuchung unterzogen hatten (70).

Auch hier war eine deutliche Abhängigkeit der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen vom Alter der Frauen aufgefallen. Zu einem entsprechenden Ergebnis gelangten auch H. WITTLINGER und K. HÄNSEL (237), die ihre Krebsvorsorgesprechstunde im Mannheimer Klinikum nur zu 7,9 % von Frauen über 60 Jahren besucht sahen. Die Ursache hierfür ist zu nächst in dem immer noch mangelhaften Informationsgrad der Frauen dieser Altersgruppe zu suchen; waren doch 15 unserer 17 Frauen, die immer noch nicht von der Möglichkeit einer Vorsorgeuntersuchung gewußt hatten, über 70 Jahre alt gewesen. Weiterhin hat sich ein Großteil der Frauen (69 %) immer noch nicht daran gewöhnt, ohne jegliche Beschwerden einen Arzt aufzusuchen. Darüberhinaus spielt gerade bei den älteren Frauen die Scheu vor der gynäkologischen Untersuchung eine nicht unbedeutende Rolle. So gaben 17 (= 26,5 %) der über 70 Jahre alten Frauen an, vorher noch nie bei einem Frauenarzt gewesen zu sein. Für eine unzureichende Aufklärung der Bevölkerung spricht, daß sich 18 % der über 70-Jährigen und 11 % der über 60-Jährigen für diese Untersuchung zu alt fühlten. Im übrigen kann man jedoch davon aus-

gehen, daß die Möglichkeit einer Krebsvorsorgeuntersuchung als hinreichend bekannt angesehen werden kann. Der Prozentsatz von 7,7 %, die darüber nicht informiert gewesen waren, steht in Einklang mit den Ergebnissen von G. NEUMANN (164) und S. HÄUSSLER (70), die hierfür Werte zwischen 6,9 % und 7,4 % ermitteln konnten.

Von weiterer Bedeutung scheint zu sein, daß Rundfunk und Presse mit 55 % Hauptinformationsquelle der Patientinnen darstellten. Es wird dies auch durch die Untersuchungen von S. HÄUSSLER bestätigt (70). Die Information und damit Aufforderung der Frauen, an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, durch Massenmedien, ist weiterhin in erhöhtem Maße zu unterstützen, jedoch sollte damit die Aufklärung der Frauen durch die Ärzteschaft nicht vernachlässigt werden. So wurden nur 18,5 % der befragten Patientinnen von ihrem Hausarzt oder Facharzt auf die Möglichkeit und Notwendigkeit der Krebsvorsorgeuntersuchung hingewiesen. In der Literatur werden hierzu schwankende Werte zwischen 17,4 % und 66 % (164, 70) angegeben. 25 % der befragten Frauen nannten die Krankenkasse als Informationsquelle; dies ist erstaunlich wenig verglichen mit den Ergebnissen von HÄUSSLER (70), der, je nach Krankenkassenzugehörigkeit, Werte zwischen 47,4 % und 86,3 % ermitteln konnte. Bei diesen Zahlen muß allerdings berücksichtigt werden, daß hier regionale Aktionen der Krankenkassen eine große Rolle spielten.

Mehr als die Hälfte (53,5 %) der befragten Patientinnen hatten die Krebsvorsorgeuntersuchung nicht in Anspruch genommen. Die Tatsache, daß der Glaube an die eigene Gesundheit, das Wohlbefinden der Patientinnen - man denke dabei an die so oft gefallenen Worte wie "bin noch nie krank gewesen" oder "hatte noch nie mit dem Unterleib zu tun" als häufigster Grund (69 %) dafür genannt wurde - so auch in den Umfragen von GOERTTLER (70) und HÄUSSLER (61, 62) - zeigt uns, daß ein großer Teil der Frauen den eigentlichen Sinn der Vorsorgeuntersuchung immer noch nicht erfaßt hat. Nämlich, daß es trotz aller therapeutischen Möglichkeiten der heutigen Zeit für deren Erfolg und damit die Überlebenschance immer noch

von entscheidender Bedeutung ist, eine bösartige Geschwulst in einem möglichst frühen Stadium, am besten in einem Vorstadium zu erfassen.

28,8 % der Frauen mieden die Vorsorgeuntersuchung aus Hemmungen, darunter vor allem Frauen ab dem 60. Lebensjahr. Zu diesem Ergebnis kam auch HÄUSSLER (70) in seiner Umfrage. Die Scheu vor der gynäkologischen Untersuchung ist aber nicht nur ein Problem der älteren Frauen, sondern betrifft alle Frauen in gleichem Maße (174). So waren es nach den Untersuchungen von NEUMANN (164) 30 % der Frauen, die aus Hemmungen nicht an der Vorsorgeuntersuchung teilgenommen hatten; in dem Patientengut von PAULI (174) betrug dieser Prozentsatz sogar 50,4 %.

Als weitere Gründe wurden Nachlässigkeit (27,8 %) und Zeitmangel (13,6 %) angegeben, die in ihrer Häufigkeit den in der Literatur angegebenen Zahlen entsprechen (62, 174, 164, 70). Nicht zuletzt spielt auch die Angst vor der Wahrheit, ein Karzinom haben zu können, wie 11,9 % der Frauen äußerten, als Grund, nicht an der Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen, eine gewisse Rolle. Zu diesem Ergebnis kamen auch PAULI (174) und HÄUSSLER (70), die in ihren Umfragen bei 5,1 % bis 9,6 % der Frauen eine solche Begründung finden konnten.

Wie wir aus dem oben Erwähnten ersehen können, ist künftig eine höhere Beteiligung an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen vor allem durch weitere Informationsaktivitäten der Ärzte und Massenmedien zu erreichen. Darüberhinaus sollten aber auch organisatorische Schwierigkeiten abgebaut werden. Hierzu zählt die regelmäßige Zusendung der Berechtigungsscheine durch die Krankenkassen, die leider nur in 20,7 % der Fälle erfolgt war. Daß durch diese Maßnahme, die von vielen Frauen als persönliche Aufforderung angesehen wird, die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung erheblich gesteigert werden konnte, geht auch aus den Berichten von NEUMANN (164) und KLAAS (122) hervor.

Dem Problem der langen Wartezeiten, das vor allem von Frauen aus den ländlichen Gebieten immer wieder aufgeworfen worden war - sie gaben Wartezeiten bis zu 1/2 Tag an - könnte man durch Terminvereinbarungen oder die Einführung einer speziellen Vorsorgesprechstunde entgegentreten, wie es von 17,8 % der Befragten vorgeschlagen worden war. In HÄUSSLER's Umfrage (70) beklagten sich 79 % der Frauen über die langen Wartezeiten. NEUMANN (164) konnte feststellen, daß 19,8 % seiner befragten Frauen länger als 2 Stunden auf die Vorsorgeuntersuchung warten mußten; gleichzeitig äußerten 74,3 % dieser Frauen den Wunsch nach speziellen Vorsorgesprechstunden.

Bei der Wahl des Arztes zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung zeigte sich, daß der Frauenarzt mit 58,4 % den absoluten Vorzug genießt. 24,7 % der befragten Frauen suchten hierzu den Hausarzt auf und nur 16,8 % gingen in die Klinik oder in ein Krankenhaus. Dies steht in gutem Einklang mit den Ergebnissen von NEUMANN (163, 164). In seinen Untersuchungen betrug der Anteil des Frauenarztes an der Vorsorgeuntersuchung 75 %, der des praktischen Arztes zwischen 14,4 % und 38,4 % und der Prozentsatz der Frauen, die hierzu in eine Klinik oder in ein Krankenhaus gegangen waren, lag bei 10,6 %.

II. Diskussion der Ergebnisse bei den einzelnen Karzinomarten

1. Korpuskarzinom

Das Korpuskarzinom gilt heute hinter dem Kollumkarzinom als das zweithäufigste Malignom des weiblichen Genitaltraktes (96, 242, 203, 204). Die Angaben in der Literatur über die prozentuale Häufigkeit des Korpuskarzinoms unter den Genitalkarzinomen schwanken dabei zwischen 14,2 % und 37,5 % (83, 96, 202, 223, 234, 82, 201, 101, 211, 36, 118). Übereinstimmend wird jedoch berichtet, daß die Morbiditätszahlen des Endometriumkarzinoms ständig ansteigen (220, 221,

71, 203, 211, 34).

Einen wichtigen Faktor hierfür sieht man in der Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartungen (189, 203, 140, 82, 71, 211). Die Zunahme des Endometriumkarzinoms manifestiert sich auch in der Verschiebung des Verhältnisses Karpus- : Kollumkarzinom. Wie den verschiedenen Statistiken zu entnehmen ist, lag dieses Verhältnis für die Zeit von 1915 - 1930 noch bei 1 : 10 - 17 (112, 139, 71, 201), es stieg dann 1940 - 1965 auf Werte von 1 : 3,3 - 6,4 an (200, 112, 184, 111, 211) und nähert sich in den letzten Jahren immer mehr dem Verhältnis 1 : 1 (200, 139, 82, 211, 203).

Übereinstimmend mit den Literaturangaben nahm das Karpuskarzinom auch in dieser Untersuchung mit einer prozentualen Häufigkeit von 25,1 % nach dem Kollumkarzinom den 2. Platz unter den Genitalkarzinomen ein. Das Verhältnis von Endometrium- : Kollumkarzinom betrug 1 : 2.

Das durchschnittliche Erkrankungsalter der Patientinnen mit einem Karpuskarzinom war mit 63,9 Jahren im Bereich der oberen Norm, verglichen mit zahlreichen anderen Untersuchungen die hierfür schwankende Werte zwischen 54,6 und 64 Jahren angeben (72, 200, 156, 198, 147, 139, 184, 82, 111, 211, 243, 117, 9, 54).

Die neueren Statistiken zeigen jedoch eine Verschiebung zum höheren Lebensalter hin (68, 211, 201, 149, 200); so errechneten z.B. SÖDERLIN (211) und SCHINDLER (139) ein Durchschnittsalter von 63 Jahren bzw. 63,6 Jahren, was mit unseren Ergebnissen in gutem Einklang steht.

Entsprechend hat sich auch der Häufigkeitsgipfel, der laut früheren Statistiken zwischen 55 und 59 Jahren gelegen hatte (200, 224, 111, 198, 211), auf 60 - 69 Jahre verschoben (211, 9, 54, 156, 140, 203). Während KAISER (111) in einer früheren Untersuchung aus dem Jahre 1969 ein vermehrtes Auftreten des Karpuskarzinoms bei den 53- bis 59-jährigen Patientinnen feststellen konnte, zeigte sich nun in der Altersverteilung der Patientinnen der I. UFK-Mü eine deutliche Zunahme dieser Erkrankung nach dem 60. Lebensjahr (66,6 %);

nur in 8,9 % trat das Karzinom vor dem 50. Lebensjahr auf und in 24,4 % zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr. In der Literatur fanden sich über die Altersverteilung bei den Frauen mit einem Korpuskarzinom entsprechende Angaben. So wird dort der Anteil der über 60-Jährigen mit 52,5 % bis 66 % angegeben (198, 82, 9, 54, 203), der Prozentsatz für die 50- bis 59-Jährigen schwankt zwischen 25 % und 37,3 % und liegt bei den unter 50-jährigen Frauen mit einem Korpuskarzinom zwischen 3,5 % und 14,6 % (198, 9, 54, 203).

In dieser Untersuchung hat sich erneut gezeigt, daß Frauen mit einem Korpuskarzinom einen bestimmten Konstitutionstyp aufweisen, den WYNDER (240) als sog. "Korpuskarzinom-Syndrom" zusammengefaßt hatte. Dazu gehören neben Diabetes, der bei 25,5 % der Patientinnen nachzuweisen war, auch Adipositas und Hypertonus. Der Anteil der adipösen Frauen betrug 44,4 %, der der Hypertonikerinnen 42,2 %. Über die Häufigkeit eines gleichzeitigen Diabetes mellitus bei Frauen mit einem Korpuskarzinom werden in der Literatur unterschiedliche Werte angegeben. Während FRICK (54), HELD (82) und PTÁČKOVÁ (184) jeweils bei 9 % ihrer untersuchten Patientinnen eine diabetische Stoffwechsellage feststellen konnten, geben MUCK (156), SCHINDLER (198) und VERTES (231) Werte bis 48,2 % an. Die Häufigkeit der Adipositas wird mit durchschnittlich 57,6 % angegeben, wobei hier die Zahlen zwischen 35,9 % und 86 % schwanken (72, 200, 198, 112, 184, 71, 82, 189, 111, 9, 54, 203). Über das gleichzeitige Vorkommen einer Hypertonie wurden Werte zwischen 25 % und 66 % ermittelt (72, 200, 224, 198, 112, 140, 71, 82, 189, 111, 9, 54, 203).

Weiterhin sollen endokrine Einflüsse wie Eintritt von Menarche und Menopause sowie die Anzahl der Schwangerschaften für die Entstehung eines Korpuskarzinoms eine Rolle spielen. So fand man, daß Frauen mit einem Korpuskarzinom häufig eine verlängerte Geschlechtsreife aufweisen, charakterisiert durch eine frühere Menarche und eine späte Menopause (112, 111, 71, 140, 203). Z.B. konnten LAU und Mitarbeiter (140)

bei ihren Korpuskarzinompatientinnen ein durchschnittliches Menopausenalter von 49,7 Jahren ermitteln, dagegen trat bei den von ihnen zur Kontrolle herangezogenen Frauen die Menopause im Durchschnitt bereits mit 48,6 Jahren ein. SCHINDLER (198) gibt ein durchschnittliches Menopausenalter seiner Korpuskarzinomkranken von 50,4 Jahren an. Damit übereinstimmend lag bei unseren Patientinnen das durchschnittliche Menopausenalter bei 50,7 Jahren.

Ein gleichzeitig frühes Menarchealter dieser Frauen war jedoch nicht festzustellen. Es lag mit 14,1 Jahren im Bereich der Norm. Entsprechend konnten TROTNOW (224) und GRUBE (68) bei einem Vergleich von Korpuskarzinomkranken und gesunden Frauen keinen Unterschied im Menarchealter feststellen. KAISER (112, 111) fand zwar bei den Karzinomkranken den Eintritt der Menarche um 1 Jahr früher als in der Kontrollgruppe, jedoch ließ sich dieser Unterschied statistisch nicht sichern. In der Zusammenstellung von LAU und Mitarbeitern (140) aber war der Unterschied im Menarchealter zwischen Frauen mit Korpuskarzinom und gesunden Frauen statistisch signifikant.

Weiterhin kann bestätigt werden, daß ein verhältnismäßig großer Teil der Korpuskarzinomkranken unverheiratet und kinderlos ist. Der Prozentsatz an unverheirateten Frauen (17,8 %) unter den Patientinnen mit einem Korpuskarzinom steht in gutem Einklang mit den Ergebnissen von WYNDER und Mitarbeitern (240), die aufgrund einer Literaturzusammenstellung den Anteil der Ledigen mit 11 % bis 25 % angeben. Ebenso entspricht der Anteil an Nullipara (27,8 %) unter unseren Korpuskarzinompatientinnen den in der Literatur angegebenen Häufigkeitszahlen von 24,6 % bis 41 % (109, 140, 229, 111, 117, 9, 54, 203).

Auffällig war ein relativ hoher Prozentsatz (33,3 %) an Frauen mit dysfunktionellen Blutungen in der Anamnese. Dieses Ergebnis bestätigt die Mitteilungen von KAISER (112, 111), LAU (140), HALBERSTADT (71) und ROTTE (189), die über ein gehäuftes Auftreten von Zyklusanomalien in der Prämenopause bei Frauen mit einem späteren Korpuskarzinom be -

richten. Die Ursache hierfür sieht KAISER (112) in einer ovariellen Dysfunktion.

Schließlich befanden sich unter unseren Patientinnen mit einem Korpuskarzinom 11,1 % Myomträgerinnen und 4,4 % Frauen mit einem Schleimhautpolypen. Beide Werte entsprechen den hierfür veröffentlichten Zahlen, wobei die Angaben über eine Koinzidenz von Korpuskarzinom und Myom zwischen 2,9 % und 34,8 % schwanken (72, 112, 140, 111, 9, 203); die Häufigkeit von Schleimhautpolypen bei Frauen mit einem Korpuskarzinom wird in der Literatur mit 4,2 % bis 20 % (72, 82, 111, 9) angegeben.

In der Ätiologie des Endometriumkarzinoms mag schließlich auch eine genetische Prädisposition von Bedeutung sein. Ähnlich wie LAU und Mitarbeiter (140) berichten, war unter Einbeziehung von Geschwistern, Eltern und Großeltern bei 37,8 % (n = 34) der Patientinnen mit einem Korpuskarzinom anamnestisch eine familiäre Krebsbelastung festzustellen. In 16,6 % (n = 11) handelte es sich dabei um ein Genital- oder Mammakarzinom. Die entsprechenden Literaturangaben über eine familiäre Krebsdisposition beim Endometriumkarzinom schwanken zwischen 7,3 % und 35 % (201, 111, 203, 140).

In der Symptomatologie des Korpuskarzinoms stehen die unregelmäßigen uterinen Blutungen, als wichtigstes und oft nur einziges Symptom im Vordergrund (200, 211, 9, 71, 189, 147, 203). Sie treten, entsprechend der Altersverteilung der Karzinomträgerinnen, vorwiegend im Klimakterium und in der Postmenopause auf, ihre Stärke geht jedoch nicht mit der Ausdehnung des vorliegenden Prozesses parallel (71, 201). Auch bei den Patientinnen der I. UFK-Mü war die uterine Blutung mit 81,1 % meistgenanntes Symptom. Alle anderen Beschwerden wie Unterbauchschmerzen (23 %), fleischwasserfarbener Fluor (13,3 %), Kreuzschmerzen (10 %) und Gewichtsabnahme (10 %) traten dagegen weit an Bedeutung zurück, was nicht von den Ergebnissen anderer Untersuchungen abweicht (200, 147, 211, 9).

Trotz der Klarheit dieser Symptomatik vergingen vom ersten Auftreten der Beschwerden bis zur Konsultation eines Arztes im Durchschnitt 9,4 Wochen. Dabei verschleppten 14,4 % der Patientinnen ihre Krankheit länger als ein halbes Jahr. Die Mehrzahl (61,1 %) der Frauen jedoch suchten innerhalb eines Monats einen Arzt auf. In der Literatur wird über die Verschleppungszeiten beim Endometriumkarzinom recht Unterschiedliches berichtet. Laut HALBERSTADT (71) und ROTTE (189) vergehen in 40 % der Fälle 1 - 6 Monate und in 30 % mehr als 1 Jahr, ehe eine Therapie erfolgt. SHAH und Mitarbeiter (203) konnten bei 38 % ihrer Patientinnen eine Blutungsanamnese von mindestens einem halben Jahr und bei 20 % von mehr als einem Jahr erheben. Übereinstimmend mit LINK (147) gibt SÖDERLIN (211) eine durchschnittliche Verschleppungszeit von 3 - 4 Monaten an, wobei 56 % ihrer Patientinnen innerhalb eines Monats einen Arzt aufgesucht hatten und 7,2 % länger als ein halbes Jahr hierzu gewartet hatten. Schließlich kamen rund 50 % der Patientinnen von SCHOLTES (200, 201) und LINK (147) innerhalb eines Monats und 2,2 % innerhalb eines halben Jahres nach Blutungsbeginn zur Behandlung. VARER (229) gibt an, daß nur 10 % der Patientinnen mit einem Korpuskarzinom der Frauenklinik von Helsinki eine Blutungsanamnese von mehr als 3 Monaten aufwiesen.

Insgesamt läßt sich also feststellen, daß die Behandlungsverzögerung beim Endometriumkarzinom relativ groß ist, wenn sie auch als Folge von Aufklärungsprogrammen geringer zu werden scheint. Zusätzlich trifft auch die Ärzte Schuld an der Verschleppung dieser Krankheit. So wurden 8 (= 8,9 %) der Korpuskarzinompatientinnen der I. UFK-Mü von ihrem Hausarzt oder Facharzt wegen dysfunktioneller Blutungen über einen Zeitraum von 3 Monaten bis zu einem Jahr behandelt, ehe eine Abrasio den Hinweis auf ein bestehendes Karzinom ergeben konnte. Die Verkürzung der Verschleppungszeiten beim Endometriumkarzinom erfordert also neben einer vermehrten Aufklärung der Frauen über Frühsymptome auch eine frühere Indikationsstellung der Ärzte zu einer weiteren Diagnostik.

Eine unserer Korpuskarzinompatientinnen gab an, keine Beschwerden gehabt zu haben. In diesem einzigen Fall konnte das Malignom in der Vorsorgeuntersuchung erfaßt werden; bei allen anderen 38 Patientinnen, die ebenfalls regelmäßig daran teilgenommen hatten - unter ihnen 8 Frauen, bei denen die letzte Smearentnahme vor weniger als einem halben Jahr erfolgt war - hat sich die Abstrichmethode als nicht erfolgreich erwiesen. Auch zahlreiche andere Untersuchungen haben gezeigt, daß der Zytodiagnostik zur Früherkennung des Endometriumkarzinoms mit einer Erfolgsquote von höchstens 40 bis 75 % und einem prozentualen Anteil an falsch negativen Befunden bis zu 67 % nur wenig Bedeutung beikommt (200, 127, 6, 105, 162, 71, 180, 242, 211, 54).

Zur Verbesserung der Frühdiagnostik des Korpuskarzinoms müssen deshalb andere Methoden angewandt werden. Eine Möglichkeit könnten vielleicht neue Aspirationsverfahren bieten, die neben einer zytologischen auch eine histologische Diagnose erlauben und damit angeblich eine Treffsicherheit bis zu 100 % erreichen (20, 64, 210, 15, 208, 218, 242). Solange diese Methoden aufgrund ihres größeren Aufwandes nicht bei allen Frauen routinemäßig durchführbar sind, sollten sie auf jene Frauen ab dem 50. Lebensjahr beschränkt werden, die zu den sogenannten Risikopatientinnen zählen. Grundvoraussetzung hierfür jedoch ist die Teilnahme dieser Frauen an der Früherkennungsuntersuchung. Um diese Voraussetzung zu erfüllen, bedarf es weiterer Aufklärung insbesondere der älteren Frauen, die bisher nur zu einem geringen Prozentsatz an Krebsvorsorgeuntersuchungen teilgenommen hatten.

2. Ovarialkarzinom

Das Ovarialkarzinom war in diesem Zeitraum an der I. UFK-Mü mit einem relativen Anteil von 14,5 % dritthäufigstes Genitalkarzinom. In der Literatur wird die Häufigkeit des Ovarialkarzinoms mit 5 - 20 % der Malignome des weiblichen Genitaltraktes angegeben (2, 27, 202, 31, 119, 128). Vielfach

wird auch über eine relative Zunahme dieses Karzinoms berichtet (31, 115, 180).

Das Durchschnittsalter unserer Patientinnen lag bei 56,6 Jahren; es weicht damit nicht von den Ergebnissen anderer Untersuchungen ab (216, 202, 134, 232, 5, 92).

Die Altersverteilung wies einen Gipfel zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr auf (32,7 %) neben einem relativ hohen Prozentsatz an Frauen (28,8 %), die erst zwischen 40 und 49 Jahre alt waren. Es blieb jedoch keine Altersgruppe verschont. Aus der Literatur geht hervor, daß das Risiko, an einem Ovarialkarzinom zu erkranken, ähnlich wie beim Korpus-, Vulva- und Mammakarzinom mit zunehmendem Alter der Frauen größer wird (31, 106, 128). Die Häufigkeitsmaxima werden jedoch sehr unterschiedlich angegeben. Insgesamt umfassen sie den Bereich zwischen dem 40. und 70. Lebensjahr, was in gutem Einklang mit unseren Ergebnissen steht (2, 216, 123, 79, 202, 31, 134, 119, 128).

In der Ätiologie des Ovarialkarzinoms werden zahlreiche Faktoren diskutiert.

So ergab die Analyse sozio-ökonomische Faktoren eine Erhöhung der Inzidenz des Ovarialkarzinoms bei unverheirateten und sozial besser gestellten Frauen (241, 128). Unter unseren Patientinnen betrug der Anteil der Ledigen 11,5 %. Vergleichsweise fand WEST (128) unter seinen Ovarialkarzinompatientinnen 16,5 % Unverheiratete, während dieser Anteil bei seinem Vergleichskollektiv gesunder Frauen nur 7,7 % ausmachte. In 8 anderen Untersuchungen von WYNDER und Mitarbeitern (241) betrug der Prozentsatz an unverheirateten Frauen unter den Ovarialkarzinomträgerinnen zwischen 11 % und 21 %.

Häufiger Gegenstand von Untersuchungen ist auch der Eintritt von Menarche und Menopause bei den Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom. Das durchschnittliche Menarchealter der Patientinnen der I. UFK-Mü lag mit 14,2 Jahren im Bereich der Norm. 82 % der Frauen waren bei Eintritt der ersten Regelblutung älter als 12 Jahre, darunter 34,6 % 15 Jahre und älter.

Vergleichsweise geben SCHULTZE und WEISE (202) ein durchschnittliches Menarchealter von 14,6 Jahren an, HEIDENREICH und MESTWERDT (79) berichten, daß 76,8 % ihrer Patientinnen bei Eintritt der Menarche älter als 12 Jahre alt waren. Während jedoch GLÜCK bei 64 % seiner Patientinnen eine Spätmenarche feststellen konnte (79), beobachteten WYNDER und Mitarbeiter (241) bei ihren Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom ein früheres Eintreten der Menarche als bei einem Vergleichskollektiv.

Eine eindeutige Beziehung zwischen dem Eintritt der Menarche und der Entstehung eines Ovarialkarzinoms läßt sich aus diesen Untersuchungen also nicht herstellen.

Von weiterem epidemiologischen Interesse ist das Menopausenalter der Frauen mit einem malignen Ovarialtumor. So war fast 1/3 unserer Patientinnen 48 Jahre oder jünger, als ihre Regelblutung aufhörte, wobei das durchschnittliche Menopausenalter bei 49,1 Jahren lag. Ähnlich geben SCHULTZE und WEISE (202) 48,8 Jahre als durchschnittliches Menopausenalter an. WYNDER und Mitarbeiter (241) konnten in ihren Untersuchungen ebenfalls feststellen, daß bei Frauen mit einem Ovarialkarzinom die Menopause statistisch signifikant früher eintritt als bei gesunden Frauen.

Ein weiterer vieldiskutierter Faktor in der Ätiologie des Ovarialkarzinoms ist die Parität bzw. Kinderlosigkeit. Während WYNDER und Mitarbeiter (241) beim Vergleich einer Gruppe verheirateter Frauen mit Ovarialkarzinom mit einer Gruppe verheirateter gesunder Frauen keinen signifikanten Unterschied bezüglich Kinderlosigkeit und Kinderzahl feststellen konnten, berichten STONE und Mitarbeiter (z.n.79) von 45,5 % Nullipara unter den Ovarialkarzinompatientinnen und über ein Absinken der Häufigkeit dieses Karzinoms bei Anstieg der Parität. In zahlreichen anderen Untersuchungen wird der Anteil an kinderlosen Frauen unter den Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom mit 17,5 % - 45 % angegeben (2, 79, 202, 107, 92, 119, 157). Hiermit übereinstimmend betrug der Prozentsatz an Nullipara in unserem Patientengut 21,4 %.

Bei dem Versuch, aus den anamnestischen Angaben dieser Frauen eine Beziehung zu anderen Erkrankungen herzustellen, waren ähnlich wie in den Untersuchungen von STINGL (216) und ARTNER (2) bei 46 % der Patientinnen frühere gynäkologische Erkrankungen nachweisbar. Bemerkenswert war hierbei die Häufigkeit vorausgegangener Uterusexstirpationen (6 Fälle = 11,5 %). Ob nach Uterusexstirpationen eine vermehrte Neigung zum Auftreten eines Ovarialkarzinoms besteht, kann aufgrund dieses kleinen Zahlenmaterials nicht gesagt werden. Da jedoch auch einige andere Autoren (2, 202, 79, 123) von einem ähnlich hohen Prozentsatz (8 % - 11,7 %) an Hysterektomierten unter den Frauen mit Ovarialkarzinomen berichten, könnte hieraus die Forderung abgeleitet werden, bei Uterusexstirpationen eine großzügigere Indikation zur Mitentfernung der Adnexe zu stellen (zit. nach 79).

Auffällig war schließlich auch die Häufigkeit dysmenorrhöischer Beschwerden, die 46 % unserer Patientinnen angaben. Ähnlich fand WYNDER (241) die Häufigkeit der Dysmenorrhoe bei Ovarialkarzinompatientinnen mit 52 % statistisch signifikant höher als bei einer Kontrollgruppe, in der diese nur 36 % betragen hatte.

Schließlich mag in der Ätiologie des Ovarialkarzinoms auch eine erbliche Disposition eine Rolle spielen. 12 (= 21,4 %) unserer Patientinnen wiesen eine familiäre Krebsbelastung von seiten der Eltern auf, wobei es sich in 3 Fällen (= 5,3 %) um ein Unterleibskarzinom und in einem um ein Mammakarzinom handelte. Ein typisches Beispiel für eine erbliche Disposition bot dabei eine 42-jährige Patientin, deren Mutter und Schwester an einem Unterleibskarzinom und eine weitere Schwester und der Vater an einem Malignom des Gastrointestinaltraktes erkrankt waren. Auch die Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen in der Literatur lassen erkennen, daß man genetischen Faktoren für die Entstehung eines Ovarialkarzinoms eine wichtige Bedeutung beimessen muß (207, 134, 216, 53, 92).

So berichten SIEBERS und Mitarbeiter (207) über ein einei-

ges Zwillingsspaar, bei dem beide Frauen in nur geringem zeitlichen Abstand an einem malignen Ovarialtumor erkrankt waren. LEWIS und DAVISON beschrieben eine Familie, in der 5 Schwestern und ihre Mutter ein Ovarialkarzinom hatten (zit. nach 92). Eine weitere Ovarialkarzinomfamilie wurde von LI und Mitarbeitern (146) mitgeteilt. KUBISTA und Mitarbeiter (134), die sich speziell mit malignen Ovarialtumoren bei jungen Frauen befaßt hatten, konnten bei 4 von 15 Patientinnen eine familiäre Krebsbelastung feststellen. Schließlich ergaben familienstatistische Untersuchungen von SERRA und SOINI, daß Ovarialkarzinome in einer familiär belasteten Gruppe zu 1,07 % auftraten, in der Vergleichsgruppe dagegen nur in 0,18 % (zit. nach 207).

Die ungünstige Prognose des Ovarialkarzinoms wird durch das Fehlen sicherer Frühsymptome wesentlich beeinflusst. So standen bei den Krankheitserscheinungen, welche die Frauen zum Arzt führten, unklare Schmerzen im Unterbauch, die ebenso für andere Erkrankungen zutreffend sein könnten, mit 50 % an erster Stelle. Etwas charakteristischer, jedoch prognostisch bereits wesentlich ungünstiger (2) erscheint die Zunahme des Leibesumfanges bei gleichzeitiger Gewichtsabnahme, die 32,7 % unserer Patientinnen angaben. Weniger häufig klagten sie über Verdauungsstörungen wie Obstipation und Blähungen (23 %) Müdigkeit (21,1 %) und Metrorrhagien (9,6 %). Die Häufigkeit der verschiedenen Symptome entspricht den Angaben in der Literatur (79, 202, 92, 107, 128, 172, 197).

Die Beschwerden bestanden meist erst seit Wochen oder wenigen Monaten. So hatten mehr als die Hälfte der Frauen (= 51,9 %) innerhalb der ersten 4 Wochen einen Arzt aufgesucht. Die Zeitspanne zwischen dem ersten Auftreten von Beschwerden und der Konsultation eines Arztes betrug durchschnittlich 8,9 Wochen. Sie stimmt damit mit der von SCHULTZE und WEISE (202) ermittelten Verschleppungszeit von 2,6 - 4 Monaten überein. Eine wichtige Ursache für die Verschleppung des Ovarialkarzinoms ist in der Verharmlosung und Fehldeutung der ersten Symptome zu sehen, sowohl durch die Patientinnen

selbst, als auch durch die Ärzte. So war in 8 Fällen (= 15,4 %) eine Verzögerung der Diagnose durch den erstkonsultierten Arzt um mehr als 2 Monate festzustellen. Die Beschwerden der Patientinnen wurden hierbei auf Störungen der Darmmotilität, Entzündungen der ableitenden Harnwege und postoperative Verwachsungen zurückgeführt.

Die Unspezifität der Beschwerden und die damit verbundene Verharmlosung weisen auf die Schwierigkeit der klinischen Frühdiagnostik dieses Tumors hin. Dabei kann auch der vaginalen Zytologie zur Früherkennung des Ovarialkarzinoms nur wenig Bedeutung beigemessen werden.

Von den 27 Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom, die regelmäßig an der Krebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen hatten, lag bei 13 Frauen die letzte gynäkologische Untersuchung nicht einmal ein halbes Jahr, bei 7 Frauen sogar weniger als 3 Monate zurück. In den 3 Fällen, in denen das Karzinom durch die Vorsorgeuntersuchung erfaßt werden konnte, ergab auch nicht der zytologische Abstrich, sondern einzig der vaginale Tastbefund den Hinweis auf einen Ovarialtumor. Es handelte sich dabei auch nicht um die Entdeckung eines Frühstadiums sondern der Tumor war in allen 3 Fällen bereits ins Peritoneum metastasiert.

Die Ursache für das Versagen der vaginalen Zytologie in der Frühdiagnostik des Ovarialkarzinoms ist in der anatomischen Lage der Ovarien zu suchen. Sie erlaubt nur in extrem seltenen Fällen einen Nachweis von Tumorzellen im Vaginalsmear (31), lediglich in der Postmenopause kann die vaginalen Zytologie bei einem hochaufgebauten Epithel auf das Vorliegen eines hormonaktiven Tumors hinweisen, palpatorisch lassen sich beginnende Karzinome auch nur in wenigen Fällen erfassen (31). Das einzige Verfahren zum Nachweis präklinischer Ovarialkarzinome ist in gewissen Fällen die von GRAHAM eingeführte Douglaspunktion und Lavage (2, 32, 58, 31, 92, 128). Nachdem sich durch diese Methode jedoch auch nicht alle, sondern nur diejenigen Ovarialtumoren erfassen lassen, die vom Oberflächenepithel der Ovarien ausgehen, bleibt der

Wert der Douglasspunktion für eine echte Frühdiagnostik sehr begrenzt.

3. Vulvakarzinom

Das Vulvakarzinom war mit 24 Fällen vierthäufigstes Genitalkarzinom. Der relative Anteil unter den Malignomen des weiblichen Genitaltraktes betrug 6,7 %. Vergleichsweise wird in der Literatur die Häufigkeit des Vulvakarzinoms mit 1,4 % - 5,7 % der weiblichen Genitalkarzinome angegeben (83, 152, 155, 7, 206, 190, 41, 92, 101, 192, 52, 223, 234, 36, 119, 118, 82). Dabei wird vielfach über eine Zunahme dieser Erkrankung in den letzten Jahren berichtet, deren Ursache man in der Überalterung der Bevölkerung sieht (83, 14).

Die Altersverteilung der Patientinnen mit einem Vulvakarzinom an der I. UFK-Mü zeigt deutlich, daß dieses Karzinom eine Erkrankung des höheren Lebensalters ist. So waren 50 % dieser Frauen bereits 70 Jahre und älter. Das Durchschnittsalter lag bei 68 Jahren; es war damit geringfügig höher als in anderen Veröffentlichungen (83, 152, 7, 226, 206, 92, 171, 137, 192, 35, 52, 119). Ein großer Teil der Autoren gibt als häufigstes Manifestationsalter das 60. bis 70. Lebensjahr an (152, 4, 7, 185, 41, 118, 171). In den neueren Publikationen aber zeigt der steigende Anteil (44 % - 59 %) an Frauen in der Gruppe der 71- bis 80-Jährigen den Trend zur Manifestation dieses Tumors im höheren Lebensalter an (226, 83, 14, 192, 52, 101).

In der Ätiologie des Vulvakarzinoms sollen, ähnlich wie beim Korpuskarzinom, konstitutionelle Faktoren wie Diabetes, Adipositas und Hypertonus eine Rolle spielen. Entsprechend war bei 16,7 % der untersuchten Patientinnen ein Diabetes mellitus, bei 25 % eine Adipositas und bei 37,5 % der Frauen ein Hypertonus nachweisbar, wobei die Häufigkeit dieser Faktoren mit den Literaturangaben übereinstimmt (83, 152, 155, 185, 14, 206, 226, 171, 192, 52, 7).

Relativ hoch war der Prozentsatz an unverheirateten (29 %) und kinderlosen Frauen (33 %). Zwar wurde von einigen Autoren festgestellt, daß Ledige und Kinderlose häufiger als andere an einem Vulvakarzinom erkranken, in den Veröffentlichungen jedoch wird der Anteil der Ledigen mit nur 2 % - 5 % und der Nullipara mit 19 % - 25 % angegeben (152, 171, 52, 119). Die Diskrepanz zwischen unseren Ergebnissen und denen anderer Untersuchungen ist wohl auf die geringere Anzahl der von uns untersuchten Fälle zurückzuführen.

Die geringe Anzahl der Patientinnen mit einem Vulvakarzinom, die in diesem Zeitraum an der I. UFK-Mü behandelt wurden, mag auch Ursache dafür sein, daß bei keiner dieser Frauen anamnestisch eine früher durchgemachte spezifische Infektion des Genitale nachweisbar war. Zahlreiche statistische Untersuchungen haben nämlich ergeben, daß chronisch spezifische und unspezifische Infektionen des Genitale, insbesondere venerische Erkrankungen, die spätere Entstehung eines Vulvakarzinoms begünstigen (155, 190, 171, 192, 35, 52, 92, 119, 128). So berichten PARKER und Mitarbeiter (171), daß bei 5 % seiner Patientinnen mit einem Vulvakarzinom eine chronisch-granulomatöse Entzündung des Genitale bekannt gewesen sei; COLLINS und Mitarbeiter (35) konnten bei 12,8 % und FRANKLIN (52) und RUTLEDGE (192) bei 13 % eine abgelaufene Lues registrieren.

Als wichtigste prädisponierende Faktoren für die Entstehung eines Vulvakarzinoms gelten die dystrophischen und dysplastischen Veränderungen der Vulva. Wie aus den histologischen Befunden der Patientinnen der I. UFK-Mü hervorging, war in 2 Fällen neben dem Karzinom eine ausgeprägte Leukoplakie vorhanden. Bei weiteren 4 Frauen war das Malignom auf dem Boden eines Morbus Bowen entstanden. Die Häufigkeit beider pathologischer Veränderungen steht in gutem Einklang mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen (185, 14, 7, 152). Die histologischen Befunde der Patientinnen gaben jedoch keinen Hinweis auf das gleichzeitige Bestehen einer Krauro-

sis vulvae. Einzig eine über Jahre dauernde Juckreizanamnese von 9 Patientinnen läßt auf das Bestehen einer früheren Kraurosis schließen. Dies würde auch der in der Literatur angegebenen Häufigkeit dieser Erkrankung beim Vulvakarzinom von 18 % - 40 % (152, 7, 185, 137) entsprechen.

Schließlich soll in der Ätiologie des Vulvakarzinoms auch das Auftreten von Zweitkarzinomen eine Rolle spielen. So war bei 2 unserer Patientinnen in der Anamnese ein zweites Primärkarzinom festzustellen. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen, in denen die Häufigkeit von Zweitkarzinomen beim Vulvakarzinom mit 6,3 % - 22 % angegeben wird (171, 29, 137, 35, 52).

Unter den subjektiven Beschwerden der Patientinnen stand der Juckreiz mit 75 % an 1. Stelle, gefolgt von Miktionsbeschwerden (50 %), Knotenbildung oder Verhärtung und Rötung (je 20,8 %). Die Häufigkeit dieser Symptome entspricht den Angaben in der Literatur (83, 152, 7, 14, 190, 171, 35, 52). Die durchschnittliche Dauer der Beschwerden von 11,7 Monaten, ehe die Frauen deshalb einen Arzt aufgesucht hatten, war bei den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom auffällig lang. In anderen statistischen Untersuchungen kam man zu ähnlichen Ergebnissen; man fand Verschleppungszeiten von wenigen Monaten bis zu mehreren Jahren (83, 171, 192, 35, 155, 7, 52, 14, 206). Das fortgeschrittene Alter der Frauen, die Nichtbeachtung bzw. Selbstbehandlung der initialen Beschwerden, und nicht zuletzt auch die Scheu der Frauen, wegen Juckreiz oder Brennen im Vulvabereich einen Arzt aufzusuchen, sind als Hauptursachen für die langen Verschleppungszeiten anzusehen (92, 119, 152, 190).

Weiterhin spielt beim Vulvakarzinom die Verzögerung der Diagnose durch den erstkonsultierten Arzt eine besonders große Rolle. So gaben 5 (= 21 %) der Patientinnen an, wegen ihrer Beschwerden länger als ein halbes Jahr in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein, ohne daß eine Biopsie durchgeführt worden sei. Unter ihnen war eine Patientin, die von ihrem

Gynäkologen sogar 2 Jahre lang mit Salben und Tabletten behandelt worden war. Ähnliches berichteten RUTLEDGE (192) und FRANKLIN (52), die bei 30 % ihrer Patientinnen eine ärztliche Verzögerung von mehr als 3 Monaten feststellen konnten.

Die Ausbildung der Ärzte und die Aufklärung der Frauen sind die dringlichsten Probleme (92), ist doch die Prognose des Vulvakarzinoms im wesentlichen von der Größe des Primärtumors bei der Erstbehandlung abhängig (190, 118). Die anatomischen Verhältnisse für eine Früherkennung dieses Karzinoms wären günstig; doch gerade beim Vulvakarzinom war die Beteiligung an Früherkennungsuntersuchungen mit 37,5 % am geringsten, was in erster Linie auf das fortgeschrittene Alter dieser Patientinnen zurückzuführen ist. Von den 12 Frauen, die 70 Jahre und älter waren, hatte keine an einer Krebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen; 6 von ihnen gaben an, überhaupt noch nie bei einem Frauenarzt gewesen zu sein.

Wichtigste Aufgabe ist also, besonders gefährdete Frauen erst einmal zum Arzt zu bringen. In der Sprechstunde müssen dann - wenn nötig - auch über die Inspektion hinausgehende diagnostische Maßnahmen angewandt werden; denn eine Abgrenzung dystrophischer Vulvaerkrankungen zu der bei alten Frauen physiologischen Atrophie der Vulvahaut ist nicht immer möglich. Als einfache klinische Methoden gelten hier die Kolposkopie und die Epithelanfärbung mit Toluidinlösung. Weitere Hinweise kann man durch Zellabstriche gewinnen, die an der Vulva mit einem Holzspatel durchgeführt werden sollten, da die Epithelzellen hier wesentlich fester im Verband haften als an der Zervix. Die zytologische Diagnostik an der Vulva ist jedoch fehlerhafter, da durch die oberflächliche starke Verhornung im Ausstrich vorwiegend nur kernlose Schollen gewonnen werden, so daß ein negativer zytologischer Befund eine Epithelatybie nicht immer ausschließt. Der geringste Verdacht auf ein Malignom erfordert deshalb immer eine histologische Abklärung, wobei hier die Exzision weit im Gesunden als beste Methode zur Früherkennung des Vulvakarzinoms anzusehen ist.

4. Vaginalkarzinom

Das primäre Vaginalkarzinom war mit 12 Fällen und damit einer allgemeinen Häufigkeit von 3,4 % unter den Genitalkarzinomen recht selten; in den verschiedenen Veröffentlichungen wird jedoch die Häufigkeit des primären Scheidenkrebses ebenfalls mit nur 0,6 % bis 3,6 % angegeben (83, 223, 234, 36, 118, 227, 233, 43, 158, 176, 57, 175, 177, 191, 119, 128).

Der Altersgipfel lag deutlich bei den über 60-Jährigen. Das Durchschnittsalter der Patientinnen betrug 61,1 Jahre. Vergleichsweise geben RUTLEDGE (191) und PERTICUCCI (177) einen Altersgipfel bei den 50- bis 60-Jährigen an. WEGHAUPT (233), PEREZ (175) und HERBST (86) fanden die größte Häufung bei den 50- bis 70-Jährigen und schließlich zeigt die Altersverteilung in der Statistik von VAHRSON (227) einen deutlichen Gipfel bei den 61- bis 70-Jährigen. Das Durchschnittsalter der Frauen mit einem Vaginalkarzinom wird in der Literatur ebenfalls mit 56 bis 62 Jahren angegeben (227, 43, 158, 177).

Mit Ausnahme der jüngsten Patientin, einer 15-jährigen Schülerin, befanden sich alle Patientinnen in der Postmenopause. Über ein bevorzugtes Auftreten des Vaginalkarzinoms jenseits der Menopause wird auch von KERN (118), KEPP (119) und LAURITZEN (128) berichtet.

Auffällig war, daß 5 dieser 12 Frauen kinderlos geblieben waren. Bezüglich der Parität der Vaginalkarzinompatientinnen wurden bisher zahlreiche Untersuchungen angestellt, die Ergebnisse stimmen jedoch nicht überein.

LANG, MENDUKE und GOLUB berichteten, daß von 690 Patientinnen 26 % Nullipara waren. WAY fand unter seinen 44 Patientinnen fast 1/4 Kinderlose, währendgegen MERRILL und BENDER nur 3 Nullipara unter ihren 28 Patientinnen verzeichnen konnten (zit. nach 191). Weiterhin gibt PERTICUCCI (177) den Anteil der Nullipara mit 17 %, RUTLEDGE (191) mit nur 6 % und HERBST (86) mit 16 % an. Andererseits hatten jedoch 12 der 68 Patientinnen von HERBST (68) mindestens 6 oder

mehr Kinder geboren, so daß bei diesen Patientinnen die Anzahl der Schwangerschaften wohl keinen Einfluß auf die Entstehung dieses Malignoms genommen hatte. Schließlich konnten GALLUP und Mitarbeiter (57) und auch HEYDEN (92) in ihren Studien keine Beziehung zwischen der Parität und dem Vaginalkarzinom feststellen.

Bei 3 (= 25 %) unserer Patientinnen mit einem primären Vaginalkarzinom war eine diabetische Stoffwechsellage bekannt, wobei das hohe Alter dieser Frauen eine gewisse Rolle spielen mag. Die verschiedenen Autoren geben hierzu folgende Prozentzahlen an: VAHRSEN (227) 9,7 %, WEGHAUPT (233) 11 % und HERBST und Mitarbeiter (86) konnten nur bei 3 (= 4,4 %) ihrer 68 Patientinnen einen Diabetes feststellen. Somit scheint der Diabetes kein wesentlicher Faktor für die Entstehung des Vaginalkarzinoms zu sein.

Übereinstimmend mit den Ergebnissen anderer Autoren (233, 43, 177, 86, 128) war häufigstes Symptom des Vaginalkarzinoms mit 58,3 % die vaginale Blutung, gefolgt von Schmerzen in der Vagina (25 %), blutig-serösem Fluor und Miktionsbeschwerden (je 16,6 %). Die Seltenheit der Kohabitationsbeschwerden bzw. Kontaktblutungen - nur eine Patientin klagte über Schmerzen beim Geschlechtsverkehr - ist wohl auf das vorgerückte Alter der Frauen zurückzuführen. Eine Patientin (= 8,3 %) war völlig beschwerdefrei gewesen; vergleichsweise wird die Häufigkeit asymptomatischer Vaginalkarzinome von HERBST und Mitarbeitern (86) mit 2,9 % und von DIETZSCH und SEIGE (43) mit 6,9 % angegeben.

Die Dauer der Beschwerden, ehe die Frauen deshalb einen Arzt konsultierten, betrug durchschnittlich 4 Monate. Ein Drittel der Patientinnen ging innerhalb der ersten 4 Wochen zum Arzt und ein Viertel innerhalb von 3 Monaten. Lediglich 2 Frauen (= 16 %) klagten bereits seit mehr als einem Jahr über Beschwerden. Dies entspricht den Ergebnissen von HERBST (86) und PERTICUCCI (177), die feststellten, daß die Mehrzahl ihrer Patientinnen die ersten Symptome vor weniger als 6 Monaten registriert hatten.

Die Beteiligung der Patientinnen mit einem primären Vaginalkarzinom an Krebsvorsorgeuntersuchungen entspricht mit 41,6 % (5 der 12 Frauen) der durchschnittlichen Beteiligung aller Patientinnen. Lediglich bei einer dieser 5 Patientinnen konnte in der Vorsorgeuntersuchung das Karzinom entdeckt werden. Bei 2 anderen Patientinnen jedoch hatte ein vor weniger als 3 Monaten entnommener Abstrich noch keinen Hinweis auf ein beginnendes Karzinom ergeben. Erst nach Auftreten von Beschwerden konnte in einer erneuten Untersuchung das Malignom festgestellt werden.

Die Seltenheit dieses Tumors und die damit verbundene geringe Anzahl der in diesem Zeitraum an der I. UFK-Mü behandelten Fälle lassen eigentlich keine Beurteilung der Effektivität der Vorsorgeuntersuchung beim Vaginalkarzinom zu. Trotzdem weisen auch diese wenigen Krankheitsfälle auf die Schwierigkeit der Früherkennung dieses Malignoms hin.

Präkanzeröse Veränderungen bleiben wegen der fehlenden Symptome für die Patientin unbemerkt. In der Routineuntersuchung wird einerseits das Vaginalrohr nur in sehr geringem Maße mit frühdiagnostischen Methoden erfaßt, andererseits können bereits granulierten, ulzerierten Scheidenveränderungen bei der Spekulumuntersuchung leicht übersehen werden, da sich beim Herausziehen der Spekulumblätter die Scheidenwände rasch aneinander legen. Deshalb sollte bei jeder Routineuntersuchung auf eine genaue manuelle Austastung der Vagina nicht verzichtet werden, um dann bei verdächtigem Befund zur Sicherung der Diagnose neben einem zytologischen Abstrich auch eine Gewebsentnahme zu veranlassen.

5. Mammakarzinom

Wie aus zahlreichen Statistiken hervorgeht, steht das Mammakarzinom in der BRD wie in den meisten europäischen Staaten und den U.S.A. neben dem Genitalkrebs an der Spitze aller weiblichen Malignome (193, 46, 51, 131, 88, 194). Daß an der I. UFK-Mü in dem besagten Zeitraum nur 41 Fälle mit Mam-

makarzinom registriert werden konnten, ist auf den Umstand zurückzuführen, daß hier erst seit Herbst 1973, also dem Beginn dieser Untersuchung, Patientinnen mit einem Mammakarzinom in stationäre Behandlung aufgenommen werden.

Die Zunahme der Brustkrebshäufigkeit wird von vielen Autoren einerseits auf die Überalterung der weiblichen Bevölkerung zurückgeführt; denn man hat festgestellt, daß das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, mit zunehmendem Alter der Frauen kontinuierlich ansteigt (173, 51, 90, 74, 65, 33). Andererseits haben zahlreiche statistische Untersuchungen auch gezeigt, daß in den letzten Jahren immer mehr jüngere Frauen an diesem Karzinom erkranken (89, 178, 88, 194). So berichtet HERNANDEZ-RICHTER (89), daß der Großteil seiner Patientinnen mit einem Mammakarzinom erst 45 bis 49 Jahre alt war. Auch unter den Brustkrebspatientinnen der I. UFK-Mü fiel ein relativ hoher Prozentsatz (36,6 %) an jüngeren Frauen auf, die das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten. Während der Anteil an Frauen zwischen 50 und 59 Jahren nur 17,1 % ausmachte, zeigte sich in der Altersverteilung ein erneutes Ansteigen der Häufigkeit bei den über 60-Jährigen. Vergleichsweise konnten SACHS und Mitarbeiter (195) bei ihren Patientinnen mit einem Mammakarzinom ein erstes Häufigkeitsmaximum bei 43 Jahren und ein zweites bei 60 Jahren feststellen. Ähnlich fand GREGL (65) in seiner Untersuchung ein erstes Häufigkeitsmaximum bei den 45- bis 50-jährigen Frauen, während das zweite Maximum, das bei den Frauen zwischen 55 und 70 Jahren lag, eine größere Streubreite aufwies.

Das Durchschnittsalter der Brustkrebspatientinnen der I. UFK-Mü weicht mit 57,7 Jahren nicht von den Ergebnissen anderer Untersuchungen ab, wo Werte zwischen 53,7 Jahren und 60,8 Jahren ermittelt werden konnten (19, 65, 90, 113, 159, 209, 222).

Weiterhin haben zahlreiche Autoren darauf hingewiesen, daß Frauen mit einem Mammakarzinom häufig eine verlängerte Geschlechtsreife aufweisen (21, 33, 92, 205). Anhand dieser Untersuchung läßt sich dies nicht bestätigen; das durch -

schnittliche Menarchealter von 14,4 Jahren ist eher als spät, das durchschnittliche Menopausenalter von 47,8 Jahren eher als früh zu bezeichnen. Möglicherweise ist dies auf die geringe Anzahl der untersuchten Fälle zurückzuführen.

Ebenso war der Prozentsatz an unverheirateten und kinderlosen Frauen unter den Patientinnen mit einem Mammakarzinom mit je 19,5 % nicht besonders auffallend. Laut psychosomatischer Untersuchungen soll nämlich für Frauen, die nicht verheiratet sind oder von ihrem Partner getrennt leben, ein größeres Risiko bestehen, an Brustkrebs zu erkranken, als für verheiratete (173, 92). Beispielsweise fanden PAULI und TROTNOW (173) unter den verheirateten Frauen 5,9 %, unter den ledigen Patientinnen 7,5 % und unter den geschiedenen, getrennt lebenden oder verwitweten Frauen 12,0 % Brustkrebskranke.

Die Häufigkeit von Nullipara unter den Patientinnen mit einem Mammakarzinom wird in der Literatur mit Werten zwischen 19,1 % und 43 % angegeben (21, 33, 92, 113, 148, 193, 194, 195, 205, 214).

Darüberhinaus soll nicht nur die Anzahl der Schwangerschaften sondern auch das Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes für die Entstehung eines Mammakarzinoms von Bedeutung sein (21, 33, 92, 159, 173, 195, 205, 214). So fanden BLACK und LEIS jr. (21), daß Frauen, die kinderlos bleiben oder bei der Geburt ihres ersten Kindes älter als 28 Jahre sind, 2 - 3 mal häufiger an Brustkrebs erkranken als jüngere Mütter. SACHS und Mitarbeiter (195) berichten, daß 52 % ihrer Patientinnen mit einem Mammakarzinom ihr erstes Kind mit 25 Jahren oder später geboren hatten, gegenüber 30 % bei einer Kontrollgruppe. Auch unter den Brustkrebspatientinnen der I. UFK-Mü war fast die Hälfte (44,4 %) der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes über 25 Jahre alt gewesen.

Als einer der wichtigsten Faktoren in der Ätiologie des Mammakarzinoms muß die Mastopathie angesehen werden. So haben zahlreiche Studien gezeigt, daß für Frauen mit einer Mastopathie in der Anamnese ein bis 5 mal größeres Risiko besteht, an ei-

nem Brustkrebs zu erkranken (21, 33, 55, 92, 193, 194, 214). Unter Berücksichtigung des Lebensalters ergab sich nach Untersuchungen von SACHS und MAASS (194) für Frauen zwischen 30 und 40 Jahren mit einer Mastopathie in der Anamnese sogar ein 11,7 mal höheres Brustkrebsrisiko als bei Kontrollen. Bei den über 50 Jahre alten Frauen mit einer Mastopathie in der Vorgeschichte war das Krebsrisiko immer noch 2,5 mal so hoch. Umgekehrt liegt nach SACHS und MAASS (194) die Entartungspotenz der Mastopathie je nach Schweregrad zwischen 1,4 % und 24 %. Sie ist besonders hoch bei der Mastopathie 3. Grades; im Durchschnitt liegt sie bei etwa 8 % (194). Aufgrund unserer Untersuchungen kann hierzu leider keine Stellung genommen werden, denn das Informationsmaterial war zur Beantwortung dieses Problems nicht ausreichend. Schließlich zählen zu den sogenannten Risikopatientinnen auch Frauen mit einem Mammakarzinom in der Familienanamnese und Frauen, bei denen früher bereits ein Brustkrebs der Gegenseite vorgelegen hat (1, 33, 55, 92, 113, 150, 159, 193, 214, 222). Bei einer allgemeinen familiären Krebsbelastung von 26,8 % (11 Patientinnen) unter den Brustkrebspatientinnen der I. UFK-Mü war bei 4 Frauen deren Mutter ebenfalls an einem Brustkrebs erkrankt.

Vergleichsweise konnten MÜHLBERGER (159) bei 14,7 % und KALISHER (113) sogar bei 20 % eine familiäre Krebsbelastung nachweisen. Nach LILIENFELD (zit. nach 150), BLACK (21) und ANDERSON (1) beträgt der Risikofaktor bei familiärer Krebsbelastung etwa 2 - 3, bei bereits einseitig mastektomierten Frauen soll er sich sogar bis auf 5 erhöhen (21). Die prozentualen Angaben über die Häufigkeit eines zweiten Mammakarzinoms der Gegenseite schwanken dabei zwischen 3,5 % und 17 % (225, 159, 113). Bei den von uns untersuchten Patientinnen fanden sich 2 Frauen, die bereits früher schon einmal wegen eines Karzinoms der anderen Brust abladiert werden mußten.

Schließlich war bei 3 (= 7,3 %) der Patientinnen mit einem Mammakarzinom in der gynäkologischen Anamnese ein früheres Malignom im Genitalbereich aufgefallen. Es handelte sich

dabei um zwei Zervixkarzinome und um ein Korpuskarzinom. Umgekehrt befanden sich unter den restlichen 209 Patientinnen mit einem Genitalkarzinom 3 Frauen mit einem früheren Mammakarzinom in der Anamnese. Somit ergab sich unter den 250 befragten Patientinnen insgesamt 6 mal die Kombination Mammakarzinom und gynäkologischer Zweittumor. Zu einem entsprechenden Ergebnis kam auch LEONHARDT (142, 144) in seinen Untersuchungen, der in 2 % - 6 % eine Kombination von Mammakarzinomen und gynäkologischen Zweittumoren registrieren konnte.

Unter den Beschwerden, die die Patientinnen veranlaßten, einen Arzt aufzusuchen, stand die Entdeckung eines Knotens mit 70,7 % ganz im Vordergrund. Zweithäufigstes Symptom war mit 36,6 % Schmerzen und Spannen in der Brust; weitere Anzeichen, die auf ein Mammakarzinom hingewiesen hatten, waren die Vergrößerung und Verhärtung der Brust (4,9 %), die Einziehung der Mamille (9,7 %) und bei einer Patientin (= 2,4 %) die Blutung aus der Mamille. Die Häufigkeit der verschiedenen Symptome steht in gutem Einklang mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen (89, 51, 80, 113). Auch hier gilt als führendes Symptom mit 40 % - 79,3 % der selbstentdeckte Knoten, gefolgt von Schmerzen (6,2 % - 47 %), Größenzunahme der Brust (7,7 %), Einziehung der Mamille und Hautveränderungen (4,8 % - 13,2 %). Die Häufigkeit der pathologischen Sekretion der Mamille wird mit 1,6 % - 6,8 % angegeben (89, 51, 80, 113).

Vom Auftreten der ersten Beschwerden bis zur Konsultation eines Arztes vergingen durchschnittlich 4,3 Monate. Fast 1/3 (30 %) der Patientinnen ging innerhalb der ersten 4 Wochen nach Beginn der ersten Symptome zum Arzt; andererseits jedoch gab ein relativ hoher Prozentsatz von Frauen (17 %) Beschwerden seit mehr als einem Jahr an.

In anderen statistischen Untersuchungen kam man zu ähnlichen Ergebnissen: Nach MAGAREY (151) vergehen bei der Hälfte aller Frauen mit einem Mammakarzinom vom Auftreten der ersten

Symptome bis zur Operation mehr als 3 Monate, bei 1/6 sogar mehr als ein Jahr. SKIBBE und Mitarbeiter (209) konnten bei ihren 432 Patientinnen mit Mammakarzinomen Verschleppungszeiten bis zu einem Monat bei 32,6 %, bis zu 3 Monaten bei 28,2 %, bei 13,9 % bis zu 6 Monaten, bis zu einem Jahr bei 8,2 % und eine Verzögerung von mehr als einem Jahr bei 17,1 % ihrer Patientinnen feststellen.

Eine weitere Untersuchung von v. FOURNIER und Mitarbeitern (51) ergab bei 32,8 % der Frauen eine Verzögerung von einem Monat, von 1 - 6 Monaten bei 30,9 % und eine Verschleppung von mehr als 6 Monaten bei 16,9 % der Patientinnen.

Obwohl aus den Untersuchungen von PETERSEN und MEYER (178) hervorgeht, daß das Verschleppungsintervall beim Mammakarzinom innerhalb von 4 Jahren von durchschnittlich 10,6 Monaten auf 3,6 Monate zurückgegangen ist, ist dies immer noch recht hoch. Die Angst der Frauen vor der Wahrheit und vor einer evtl. großen Operation sowie der damit drohenden Verunstaltung sind seiner Meinung nach Hauptgründe für das Hinauszögern der ärztlichen Konsultation. So z.B. gestand eine 44-jährige Patientin, die vor mehr als 9 Monaten erstmals einen Knoten in der Brust getastet hatte, und bei der sich die Mamille inzwischen eingezogen hatte, daß sie nur deshalb so lange gezögert hätte, einen Arzt aufzusuchen, weil sie Angst gehabt hätte, ihre Brust zu verlieren. Ebenso erhielten AITKEN-SWAN und PATERSON bei 1/4 ihrer Patientinnen solche Begründungen (zit. nach 178).

Neben dieser patientenbedingten Verschleppung spielt aber auch eine Verzögerung von Diagnose und Therapie durch den erstkonsultierten Arzt eine wichtige Rolle. 3 (= 7,3 %) der Patientinnen der I. UFK-Mü waren wegen ihrer Brustbeschwerden länger als 3 Monate in ärztlicher Behandlung gewesen. Darunter war eine Patientin, die seit 2 Jahren wegen Schmerzen in der Brust bei ihrem Hausarzt in Behandlung gewesen war. Dieser führte ihre Beschwerden auf einen Wirbelsäulenschaden zurück; erst die blutige Sekretion aus der Mamille veranlaßte den Arzt zu einer weiteren Diagnostik. KESSLER

(120) berichtet von 12 % klinisch gesicherten Karzinomen, bei denen eine Verschleppung durch den Hausarzt erfolgt war. PETERSEN und MEYER (178) konnten bei 16,8 % ihrer Patientinnen mit Mammakarzinom anamnestisch eine Mitbeteiligung des erst-konsultierten Arztes an der Verschleppung von Diagnose und Therapie nachweisen.

Die Beteiligung an der Krebsvorsorgeuntersuchung lag bei den Patientinnen mit Mammakarzinom mit 51,2 % ($n = 21$) über dem Durchschnitt. Dies mag auf den größeren Anteil an jüngeren, unter 50-jährigen Patientinnen zurückzuführen sein, von denen sich $\frac{2}{3}$ regelmäßig einer Krebsvorsorgeuntersuchung unterzogen hatten. Jedoch konnte lediglich bei 2 Patientinnen - es handelte sich dabei um sogenannte "Risikopatientinnen" mit einem Korpus- bzw. Zervixkarzinom in der Anamnese - das Mammakarzinom in der regelmäßigen Kontrolluntersuchung entdeckt werden. Die Tatsache, daß bei 18 Frauen (= 44,3 %) die letzte Vorsorgeuntersuchung weniger als 1 Jahr zurückgelegen hatte - in 8 Fällen (= 19,5 %) betrug sogar der Abstand zwischen der letzten Untersuchung und der Diagnose des Karzinoms nur 3 bis 6 Monate - lassen Zweifel an der Treffsicherheit der klinischen Untersuchungsmethode aufkommen und die Forderung nach mammographischen Reihenuntersuchungen auch in Deutschland berechtigt erscheinen. Der hohe diagnostische Wert der Mammographie ist unumstritten; ihre Treffsicherheit wird in der Literatur mit 85 % - 97 % (141, 55, 130, 89, 51, 80, 188, 132, 88, 11, 145) angegeben. Laut amerikanischen und deutschen Studien beträgt die Erfassungsquote bei mammographischen Reihenuntersuchungen zwischen 1,2 % und 14,4 % (56, 141, 51, 33, 88, 55). Bei Risikopatientinnen soll sie sogar bis auf 2,45 % ansteigen (214, 170). Leider macht der verhältnismäßig große personelle, technische und finanzielle Aufwand dieser Untersuchungsmethode sowie die damit verbundene Strahlenbelastung ihre routinemäßige Anwendung bei allen Frauen noch nicht möglich, aber vielleicht sollte die Mammographie zumindest bei den als besonders gefährdet geltenden Frauen, den sogenannten "Risikopatientinnen" regelmäßig durchgeführt werden.

6. Sinn der Krebsvorsorge

Das Problem der Krebsvorsorgeuntersuchung ist gerade in letzter Zeit aufgrund verschiedener Publikationen, die zu heftigsten Diskussionen Anlaß gegeben haben, erneut in den Blickpunkt der Öffentlichkeit geraten. Auf dem gynäkologischen Bereich scheinen dabei noch die wenigsten Diskrepanzen über die Effektivität der Früherkennungsuntersuchung zu bestehen. Jedoch, was hat denn den von uns befragten Frauen, die ja alle an einem Karzinom erkrankt sind, die Vorsorgeuntersuchung gebracht: den 90 Frauen mit einem Korpuskarzinom, von denen 44,3 % (n = 39) vorher an der Krebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen hatten, den 52 Patientinnen mit einem Ovarial- und den 41 Frauen mit einem Mammakarzinom, die in 51,9 % (n = 27) bzw. 51,2 % (n = 21) diese Untersuchung in Anspruch genommen hatten, den 24 Frauen mit einem Vulvakarzinom, wo dieser Anteil 37,5 % (n = 9) betrug und schließlich den 12 Patientinnen mit einem Vaginalkarzinom, von denen 41,6 % (n = 5) an der Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hatten? Schließlich konnte nur bei 8 (= 7,9 %) dieser Frauen das Karzinom in der Vorsorgeuntersuchung entdeckt werden. Es waren dies 1 Korpuskarzinom (= 2,5 %), 3 Ovarial- (= 11,1 %), 1 Vulva- (= 11,1 %), 1 Vaginal- (= 20 %) und 2 Mammakarzinome (= 9,5 %). Eigentlich ist dieses Ergebnis doch recht enttäuschend. Etwas besser war die Erfolgsquote der Früherkennungsuntersuchung bei den Patientinnen mit einem Kollumkarzinom. Wie aus der Arbeit von L. WIEGELMANN (235) hervorgeht, konnten hier bei einer allgemeinen Beteiligung von 38,5 % (n = 93) immerhin 67 Karzinome (= 72 %) erfaßt werden; bei den übrigen 28 % jedoch ergab die Vorsorgeuntersuchung keinen Hinweis auf ein bestehendes Karzinom. Trotzdem liegt hier beim Kollumkarzinom immer noch die weitaus größte Effektivität der Vorsorgeuntersuchung. Dieser insgesamt doch recht bescheidene Erfolg mag verglichen mit dem hohen finanziellen Aufwand so manchen Zweifel an der Zweckmäßigkeit dieser Untersuchung gerechtfertigt erscheinen lassen. Aber, so enttäuschend das Ergebnis auch sein mag, wäre der Verzicht auf eine Vorsorgeuntersuchung nicht ein falscher Weg? Bei den gan-

zen Anstrengungen in der Karzinomtherapie kommt es doch nach wie vor auf die Früherfassung bösartiger Geschwülste an. Nur durch das Programm der Vorsorgeuntersuchung aber kann das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung entscheidend gefördert werden, kann sie erzogen werden, subjektive Symptome recht - zeitig zu erkennen, ernst zu nehmen und dementsprechend zu handeln. Umgekehrt käme es ohne Krebsvorsorgeuntersuchung wahrscheinlich zu noch längeren Verschleppungszeiten und damit zu weit mehr fortgeschrittenen Krankheitsstadien mit nur geringer Aussicht auf eine Überlebenschance. Dies zu verhindern und durch Früherkennung die Krebsmortalität zu senken ist das Ziel der Vorsorgeuntersuchung, das nicht aufgegeben werden darf.

D) ZUSAMMENFASSUNG

Anhand von 250 Fällen mit Genital- (Korpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginal-) und Mammarkarzinomen konnte gezeigt werden, daß die Beteiligung an Krebsvorsorgeuntersuchungen immer noch niedrig ist; andererseits aber erbrachte die Vorsorgeuntersuchung jedoch bei den Frauen, die regelmäßig daran teilgenommen hatten, nur in wenigen Fällen den Hinweis auf ein bestehendes Malignom. Weiterhin konnte festgestellt werden, daß trotz bekannter "Risikopatientinnen" diese Karzinome immer noch, nicht nur von den Frauen selbst, sondern auch von den Ärzten verschleppt werden.

Dabei ließen sich zum Problem der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen folgende Feststellungen machen :

Der Informationsgrad der Patientinnen war mit 91,2 % ausreichend hoch, die Beteiligung betrug jedoch nur 46,1 %. Dabei bestand eine eindeutige Korrelation zwischen dem Alter der Patientinnen und der Inanspruchnahme solcher Untersuchungen, die mit zunehmendem Alter der Frauen steil abnahm.

Wichtigste Gründe für die Nichtinanspruchnahme waren das Gefühl, gesund zu sein (69 %), die Scheu vor der Untersuchung (28,2 %), neben Nachlässigkeit (27,8 %), Zeitmangel (13,6 %) und Angst vor dem Ergebnis dieser Untersuchung (11,6 %).

Der von den Frauen am häufigsten genannte Verbesserungsvorschlag zur Durchführung der Krebsvorsorgeuntersuchung betraf mit 67 % die automatische Zusendung der Berechtigungsscheine durch die Krankenkassen.

Innerhalb der einzelnen Karzinomgruppen lag die frühere Beteiligung an Krebsvorsorgeuntersuchungen bei den Patientinnen mit einem Ovarial- und Mammarkarzinom mit je 51,9 % bzw. 51,2 % am höchsten. Bei den Patientinnen mit einem Korpuskarzinom betrug sie 44,3 %, bei den Frauen mit einem primären Vaginalkarzinom 41,6 %. Von den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom nahmen nur 37,5 % an einer Vorsorgeuntersuchung teil. Insgesamt konnte in 8 Fällen das Karzinom in der Früherkennungsuntersuchung entdeckt werden. Es handelte sich dabei um 3 Ovarial-, 1 Kor-

pus-, 1 Vulva-, 1 Vaginal- und 2 Mammakarzinome.

Zusätzlich stehen einer frühzeitigen Diagnose dieser Karzinome immer noch lange Verschleppungszeiten von seiten der Patientinnen und auch der Ärzte entgegen. Die Frauen ließen im Durchschnitt 2 - 4 Monate verstreichen, ehe sie wegen ihrer Beschwerden einen Arzt aufsuchten. Die längste Verschleppungszeit von durchschnittlich 11,7 Monaten wiesen hierbei die Patientinnen mit einem Vulvakarzinom auf. Eine weitere Verzögerung der Diagnose um mehr als 2 Monate durch den erstkonsultierten Arzt war bei den Patientinnen mit einem Mammakarzinom in 7,3 %, bei den Patientinnen mit einem Korpuskarzinom in 8,9 %, bei den Frauen mit einem Ovarialkarzinom in 15,4 % und bei den Patientinnen mit einem Vulvakarzinom in 21 % gegeben. Hauptsymptome waren beim Korpuskarzinom die uterine Blutung (81,1 %), beim Ovarialkarzinom unspezifische Unterbauchschmerzen (50 %), beim Vulvakarzinom der Juckreiz (75 %), beim Vaginalkarzinom ebenfalls die Blutung (58,3 %) und beim Mammakarzinom der tastbare Knoten (70,7 %).

In der Ätiologie der einzelnen Karzinome hat sich erneut gezeigt, daß Frauen mit einem Korpuskarzinom einen gemeinsamen Konstitutionstyp aufweisen, charakterisiert durch Adipositas (44,4 %), Diabetes (25,5 %) und Hypertonus (42,2 %). 2/3 dieser Patientinnen hatten das 60. Lebensjahr überschritten, wobei das Durchschnittsalter bei 63,9 Jahren lag. Der Großteil (84 %) dieser Patientinnen befand sich bereits jenseits der Menopause. Der Anteil an Nullipara unter ihnen betrug 27,8 %. Die familiäre Krebsbelastung lag bei 17 %.

Die Patientinnen mit einem Ovarialkarzinom zählten im Durchschnitt 56,6 Jahre, wobei in der Altersverteilung kein eindeutiges Häufigkeitsmaximum festzustellen war. 11,5 % dieser Frauen waren nicht verheiratet und 21,4 % hatten keine Kinder. In der Regelanamnese gaben 46 % dieser Patientinnen dysmenorrhoeische Beschwerden an. 11,5 % waren bereits hysterektomiert. Die Patientinnen mit einem Vulvakarzinom waren durchschnittlich 68 Jahre alt. Die Hälfte von ihnen hatte bereits das 70. Lebensjahr erreicht oder überschritten. 29 % dieser Frauen waren unverheiratet und 33 % kinderlos. Bei 4 (= 16,6 %) von ihnen

war das Karzinom auf dem Boden eines Morbus Bowen entstanden. Die Altersverteilung der Patientinnen mit einem primären Vaginalkarzinom zeigte ein deutliches Häufigkeitsmaximum (= 83,4 %) bei den 60-jährigen und älteren Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 61,1 Jahren. Mit Ausnahme einer 19-jährigen Patientin waren alle in der Postmenopause. 5 dieser 12 Frauen waren kinderlos. Das Durchschnittsalter der Patientinnen mit einem Mammakarzinom betrug 57,8 Jahre. Neben einem relativ hohen Anteil (36,6 %) an unter 50-Jährigen, zeigte sich in der Altersverteilung eine Zunahme dieser Erkrankung mit steigendem Alter der Frauen. Je 19,5 % dieser Patientinnen waren unverheiratet und kinderlos. 44,4 % von ihnen hatten bei der Geburt ihres ersten Kindes das 25. Lebensjahr überschritten. Bei 4 Patientinnen (= 9,7 %) lag in der Familienanamnese ebenfalls ein Mammakarzinom vor, bei 2 (= 4,9 %) war anamnestisch ein Karzinom der Gegenseite bekannt.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß mit Ausnahme des Kollumkarzinoms zur Frühdiagnostik der übrigen Karzinome des weiblichen Genitaltraktes und des Mammakarzinoms die klinische Untersuchung und Abstrichmethode zwar nicht ausreichend sind, so lange aber gezieltere Untersuchungsmethoden aufgrund ihres großen personellen, technischen und finanziellen Aufwandes als Routineuntersuchungen nicht durchführbar sind, ist eine Verbesserung der Frühdiagnostik zunächst nur zu erreichen durch

1. eine weitere, verstärkte Aufklärung und Unterrichtung der Bevölkerung über Inhalt und Ablauf der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, sowie über wichtige Erstsymptome bösartiger Erkrankungen,
2. von seiten der Ärzte durch eine kritischere Überwachung, verbunden mit einer großzügigeren Indikationsstellung zu gezielteren Untersuchungsmethoden, besonders bei jenen Frauen, die aufgrund konstitutioneller, hormoneller und genetischer Faktoren als besonders gefährdet gelten, an einem Genital- oder Mammakarzinom zu erkranken.

D) L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. ANDERSON, D.E.:
PHD: Genetic Study of Breast Cancer
Identification of a High Risk Group
Cancer 34 (1974) 1090
2. ARTNER, J., A. BECK:
Die Ovarialkarzinome an der II. UFK Wien in den Jahren
1958-1967
Arch. Gyn. 209 (1970) 175
3. ASHIKARI, R., S.J. HAJDN:
Intraductal Carcinoma of the Breast
Cancer 28 (1971) 1182
4. ATASSI, A.R.:
Behandlungsergebnisse der Kraurosis vulvae nach subläsio-
naler Infiltration mit Volon-A-Kristallsuspension
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 562
5. AURE, J.Chr., K. HØEG:
Clinical and Histologic Studies of Ovarian Carcinoma
Obstet. Gynec. 37 (1971) 1
6. BACHER, R., H. JANISCH, E. KOFLER:
Die Problematik der zytologischen Erfassung des Korpus-
karzinoms
Oest. Z. Erforsch. Bekämpf. Krebskrankh. 25 (1970) 1
7. BACHMANN, F.F.:
Zur Therapie des Vulvakarzinoms
Zbl. Gynäk. 94 (1972) 1150
8. BACHMANN, F.F.:
Das Adenokarzinom des Endometriums bei Frauen unter 40
Jahren
Zbl. Gynäk. 95 (1973) 1729
9. BADIB, A.O.:
Biologic Behavior of Adenoacanthoma of Endometrium
Amer. J. Obstet. Gynec. 106 (1970) 205
10. BARKER, W.F., L. SPERLING, A.H. DOWDY et al.:
Behandlung nicht palpabler, durch Mammographie entdeckter
Mammakarzinome
Gyn. Rundsch. 10 (1970) 104

11. BARTH, V., R. MÜLLER, H.K. DEININGER:
Klinik, Mammographie, Zytologie, Stanzbiopsie und Platten-
thermographie in der erweiterten Mammadiagnostik
Dtsch. med. Wschr. 99 (1974) 175
12. BARTH, V., R. MÜLLER, M. MAYLE:
Die weibliche Brustdrüse im Galaktogramm
Dtsch. med. Wschr. 22 (1975) 1213
13. BEATO, V.:
Dysfunktionelle Blutungen im Klimakterium
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 307
14. BEISSERT, M., Ch. STEINBACH, G. NEEF:
Zur Behandlung des Vulvakarzinoms
Zbl. Gynäk. 96 (1974) 1268
15. BENZ, J.J., G. SZALMEY et al.:
Spülzytologie des Cavum uteri und Aussagewert
Gyn. Rundsch. 14 (1974) 143
16. BENNINGTON, J.L., B.R. FERGUSON, S.L. HABER:
Incidence and Relative Frequency of Benign and Malignant
Ovarian Neoplasms
Obstat. Gynec. 32 (1969) 627
17. BERGER, M., J. IVIĆ, S. AUDY:
Gynäkologische Tumoren: Das Problem der frühen Diagnose
des Endometriumkarzinoms
Arch. Gyn. 214 (1973) 282
18. BERGER, M., J. IVIĆ, Z. PAVLIĆ, S. AUDY:
Zytologische Untersuchungen des Endometriums bei Blutun-
gen im Klimakterium und in der Menopause
Zbl. Gynäk. 40 (1971) 1392
19. BETSILL, W.L., B.F. BYRD et al.:
Breast Cancer Report
Cancer 36 (1975) 305
20. BIBBO, M., D.R. SHANKLIN, G.L. WIED:
Endometrial Cytologyen Jet Wash Material
J. Reprod. Med. 8 (1972) 90
21. BLACK, M.M., H.P. LEIS jr.:
Risikofaktoren beim Brustkrebs
J. Amer. med. Ass. 222 (1972) 1483

22. BÖCKER, W., H.E. STEGNER:

Zur Klinik und Pathologie der Uterussarkome
Arch. Gyn. 216 (1974) 235

23. BONILLA-MUSOLES, F.:

Chromosomen bei adenomatöser Hyperplasie und Adenokarzinom des Endometriums
Zschr. Geburtsh. u. Gynäk. 175 (1971) 218

24. BOSSELMANN, K., H. SCHWARZ:

Uterusschleimhautpolypen und Genitalkarzinome
Geburtsh. u. Frauenheilk. 32 (1974) 687

25. BOTHMANN, G., RUMMEL, H., F. KUBLI:

Zur Stellung der Aspirationscytologie bei der Frühdiagnostik des Mammakarzinoms
Geburts. u. Frauenheilk. 34 (1974) 287

26. BOYES, D.A. et al.:

Die Beurteilung krebskontrollierender Untersuchungen
Dtsch. med. Wschr. 99 (1974) 102

27. BRANDL, K.:

Über die versuchsweise Anwendung einer Kombination von Zytostatika bei fortgeschrittenen Fällen von Ovarialkarzinomen
Zbl. Gynäk. 92 (1970) 233

28. BREEN, J.L., R.D. NEUBECKER:

Basal Cell Carcinoma of the Vulva
Obstet. Gynec. 46 (1975) 122

29. BUCHLER, D.A.:

Multiple Primaries and Gynecologic Malignancies
Am. J. Obstet. Gynec. 123 (1975) 376

30. BUNDESREGIERUNG:

Bericht über die Erfahrungen mit der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten als Pflichtleistungen der Krankenkassen, sowie den zusätzlich von den Krankenkassen gewährten Maßnahmen der Vorsorgehilfe
Dt. Bundestag 7. Wahlperiode, Drucksache VII/454 (1973)

31. CASTAÑO-ALMENDRAL, A., O. KÄSER, E. HALBERSTADT:

Das Ovarialkarzinom
Gynäkologe 3 (1970) 17

32. CIMBER, H.:
Beitrag zur Früherfassung des Ovarialkarzinoms mit einem
neuen Douglas-Punktionsinstrument
Geburtsh. u. Frauenheilk. 32 (1972) 514
33. CHAMBERLAIN, J. et al.:
Validity of Clinical Examination and Mammography as
Screening Tests for Breast Cancer
Lancet II (1975) 1026
34. CHRISTOPHERSON, W.M., W.M. LUDIN, J.E. PARKER:
Cervix Cancer Control in Louisville, Kentucky
Cancer 25 (1970) 29
35. COLLINS, C.G., F.Y.L. LEE, J.J. ROMAN-LOPEZ:
Invasive Carcinoma of the Vulva with Lymph Node Metastasis
Am. J. Obstet. Gynec. 109 (1971) 446
36. CRAMER, D.W., S.J. CUTLER:
Incidence and Histopathology of Malignancy of the Female
Genital Organs in the United States
Am. J. Obstet. Gynec. 118 (1974) 443
37. DALLENBACH, F.D.:
Ätiologie und Epidemiologie des Mammakarzinoms
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 725
38. DALLENBACH-HELLWEG, G.:
Das Karzinom des Endometriums und seine Vorstufen
Verh. Dtsch. Ges. Pathol. 48 (1964) 81
39. DALLENBACH-HELLWEG, G.:
Endometrium
Pathologische Histologie in Diagnostik und Forschung
Springer, Berlin, 1969
40. DALLENBACH-HELLWEG, G., F.D. DALLENBACH:
Besteht ein morphologisch faßbarer Zusammenhang zwischen
Oestrogen und Karzinogenese
Arch. Gyn. 211 (1971) 198
41. DALY, J.W., R.R. MILLIAN:
Radical Vulvectomy combined with Elective Node Irradiation
for T_xN₀ Squamous Carcinoma of the Vulva
Cancer 34 (1974) 161
42. DAVIS, H.H., M. SIMONS, J.B. DAVIS:
Cystic Disease of the Breast: Relationship to Carcinoma
Cancer 17 (1964) 957

43. DIETSCH, J., E. SEIGE:

Behandlungsergebnisse des primären Karzinoms der Vagina
Zbl. Gynäk. 17 (1970) 528

44. DOCKERTY, M.B., E. MUSSEY:

Malignant Lesions in the Uterus Associated with Estrogen-
producing Tumors
Am. J. Obstet. Gynec. 61 (1951) 147

45. DÖMÖTÖRI, J.:

Sexchromatinuntersuchungen bei Uteruskarzinomfällen
Zbl. Gynäk. 43 (1970) 1423

46. EARLY, Th.K., J.Q. GALLAGHER, K.E. CHAPMAN:

Brustkrebs bei Frauen unter 30
Amer. J. Surg. 118 (1969) 832

47. EDITORIAL, J.:

Vorsorgeuntersuchungen in Nordrhein
Diagnostik 14 (1972)

48. FEINLEIB, M., R.J. GARRISON:

Interpretation of the Vital Statistics of Breast Cancer
Cancer 33 (1969) 1109

49. FINSTERER, H., K. PRECHTEL, Ch. DOLETSCHEK:

Vergleichende zyto- und histomorphologische Untersuchungen
umschriebener krankhafter Brustdrüsenveränderungen
Geburtsh. u. Frauenheilk. 33 (1973) 173

50. FLOYD, W.S., Ch.R. BOYCE et al.:

Peritoneal Lavage and Filtration for the Cytology
Am. J. Obstet. Gynec. 103 (1969) 425

51. FOURNIER, D.v. et al.:

Ergebnisse einer Vorsorgesprechstunde für Erkrankungen
der Brust unter besonderer Berücksichtigung der Karzi-
nomdiagnostik
Med. Welt 25 (1974) 1609

52. FRANKLIN, E.W., F.D. RUTLEDGE:

Epidemiology of Epidermoid Carcinoma of the Vulva
Obstet. Gynec. 39 (1972) 165

53. FRAUMENI, J.F. et al.:

Six Families Prone to Ovarian Cancer
Cancer 36 (1976) 364

54. FRICK, H.C. et al.:
Carcinoma of the Endometrium
Am. J. Obstet. Gynec. 115 (1973) 663
55. FRISCHBIER, H.J.:
Die Röntgendiagnostik des Mammakarzinoms
Arch. Gyn. 211 (1971) 26
56. FRISCHBIER, H.J.:
Röntgenologische und thermographische Verfahren zur Früh-
diagnostik des Mammakarzinoms
Arch. Gyn. 219 (1975) 78
57. GALLUP, D.G., G.W. MORLEY:
Carcinoma in situ of the Vagina
Obstet. Gynec. 46 (1975) 334
58. GEIER, G., H. KRAUS, R. SCHUHMAN:
Die Punktionszytologie in der Diagnostik von Ovarial-
tumoren
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 48
59. GILBERTSEN, V.A., M.K. KJELSBORG:
Detection of Breast Cancer by Periodic Utilization of
Methods of Physical Diagnosis
Cancer 28 (1971) 1552
60. GLÄTZNER, H.:
Mamma-Carcinom, Thermographie als diagnostische Möglich-
keit bei Mammaveränderungen
Arch. Gyn. 214 (1973) 290
61. GOERTTLER, K., C.O. KÖHLER et al.:
"War die Woche der Krebsvorsorge in Baden-Württemberg
ein Erfolg?"
Med. Welt 26 (1975) 961
62. GOERTTLER, K., A. PREISLER et al.:
Krebsvorsorge in Baden-Württemberg vom 30. Sept. -
6. Okt. 1973
Med. Welt 25 (1974) 635
63. GRAHAM, R.:
Diagnosis of Ovarian Carcinoma by Cul-de-Sac Aspiration
In: Ovarian Cancer, p. 122 (Ed.: GENTIL, JUNGQUEIRA)
Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1968
64. GRAVLEE, L.C.:
Jet-Irrigation Method Diagnosis of Endometrial Adeno-
carcinoma, its Principle and Accuracy
Obstet. Gynec. 34 (1969) 168

65. GREGL, A.:
Der Brustkrebs im höheren Lebensalter
Dtsch. med. Wschr. 95 (1970) 2181
66. GRIESBACH, W.A.:
Screening for Breast Carcinoma
Oncology 27 (1969) 167
67. GROSSMANN, H.:
Zur Frage ätiologischer Beziehungen zwischen Strahlen-
kastration und maligner gynäkologischer Geschwülste
Zbl. Gynäk. 43 (1970) 1415
68. GRUBE, F.O., E. STRABL:
Beobachtungen bei 600 Endometriumkarzinomen
Arch. Gyn. 211 (1971) 558
69. HÄRTER, G.:
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung in einer Landpraxis
Fortschr. Med. 92 (1974) 32
70. HÄUSSLER, S.:
Versichertenbefragung zur Inanspruchnahme der Früherken-
nungsuntersuchungen auf Krebs für Frauen und Männer
Schriftenreihe der Vereinigung der Hochschullehrer e.V.,
Stuttgart-Degerloch 2 (1973)
71. HALBERSTADT, E., O. KÄSER:
Das Korpus- oder Endometriumkarzinom
Gynäkologe 3 (1970) 31
72. HALDEMANN, R.:
Über den Zusammenhang zwischen Adipositas, Hypertonie,
Diabetes mellitus und Carcinoma corporis uteri
Z. Geburtsh. u. Gynäk. 173 (1970) 323
73. HALLER, U., F. KUBLI, H. MÜLLER:
Gynäkologische Tumoren: Die diagnostische Aspirations-
curettage
Arch. Gyn. 214 (1973) 271
74. HAJDN, S.I., M.R. MELAMED:
The Diagnostic Value of Aspiration Smear
Am. J. Clin. Path. 59 (1973) 350
75. HAMANN, B., Ch. BÜCHNER:
Erste Ergebnisse mit einem neuen Saugkürettagensystem
Zbl. Gynäk. 97 (1975) 944

76. HASERT, V., H. LANGE:

Bedeutung der pathologischen Sekretion für die Diagnostik des Mammakarzinoms
Zbl. Gynäk. 94 (1972) 1768

77. HECHT, E.L.:

The Endometrial Aspiration Smear: Status and Clinical Value
Am. J. Obstet. Gynec. 71 (1956) 819

78. HECKMANN, U.:

Endometriumbiopsie in der Sprechstunde
Med. Welt 26 (1975) 1172

79. HEIDENREICH, W., W. MESTWERDT, M. TÖROK:

Therapie und Behandlungsergebnisse bei malignen Ovarialtumoren
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 565

80. HEIM, W., R. SIEWERT:

Früherkennung bösartiger Mammatumoren
Med. Welt 22 (1971) 583

81. HELBING, W., B. KALKOFEN:

Über die Metastasierung des Korpuskarzinoms
Zbl. Gynäk. 96 (1974) 454

82. HELD, E., V. ENGELER et al.:

Carcinoma corporis uteri
In: Fortschritte der Geburtshilfe und Gynäkologie (Ed.: A. REIST)
S. Karger, Basel, 1973

83. HELD, E., V. ENGELER:

Carcinoma vulvae
Arch. Gyn. 210 (1971) 335

84. HELWIG, F.C.:

Changing Ratio of Cervical to Corpus Carcinoma
Am. J. Obstet. Gynec. 81 (1961) 277

85. HEMMER, W.:

Tod vorm Advent
Berliner Ärztebl. 24 (1972) 1083

86. HERBST, A.L. et al.:

Primary Carcinoma of the Vagina
Am. J. Obstet. Gynec. 106 (1970) 210

87. HERFORTH, C.:
Chirurgische Therapie des Mammakarzinoms
Med. Klinik 65 (1970) 1770
88. HERMANUTZ, K.D.:
Der Beitrag der Mammographie zur Früherkennung des
Mammakarzinoms
Dtsch. med. Wschr. 99 (1974) 2180
89. HERNANDEZ-RICHTER, H.J., M. PÖSCHL et al.:
Zur Diagnostik und Klinik des Mammakarzinoms
Münch. med. Wschr. 14 (1971) 507
90. HERTING, W., G. GRESSELMAYER:
Zur Einteilung und Prognose des Mammakarzinoms
Fortschr. Med. 34 (1974) 1398
91. HERTING, W., R. GRESSELMAYER:
Histologische Untersuchungen an 854 Mammakarzinomen
Arch. Gyn. 219 (1975) 143
92. HEYDEN, S.:
Klinische Epidemiologie des Krebses
G. Thieme, Stuttgart, 1972
93. HEYDEN, S. et al.:
Ergebnisse von Mammavorsorgeuntersuchungen bei 1000
berufstätigen Frauen im Kanton St. Gallen
Schweiz. med. Wschr. 104 (1974) 1525
94. HILFRICH, H.J., P. HOFMANN:
Über das Scheidenstumpfrezidiv des Carcinoma in situ
der Zervix
Geburtsh. u. Frauenheilk. 33 (1973) 212
95. HILFRICH, H.J., K. JANTZEN, R. FRISCHKORN:
Einjährige Erfahrung mit der Elektroresektion und
-koagulation der Vulva bei Vulvakarzinomen und Vulva-
karzinomrezidiven
Geburtsh. u. Frauenheilk. 31 (1974) 41
96. HILGARTH, M., R. ARBOGAST, F.J. KALTENBACH:
Jet-Wash-Technik zur zytologischen Frühdiagnose des
Korpuskarzinoms
Geburtsh. u. Frauenheilk. 33 (1973) 994
97. HOEFFKEN, W.:
Vorsorgeuntersuchung der weiblichen Brust
Dtsch. Ärztebl. 71 (1974) 445

98. HOEFFKEN, W., M. LANY:
Röntgenuntersuchungen der Brust, Technik - Diagnostik -
DD - Ergebnisse
G. Thieme, Stuttgart, 1973
99. HÖLZL, M., R. LABENSKY:
Diagnostische Möglichkeiten der Aspirationscytologie
bei der Erfassung von Lokalrezidiven nach Therapie
gynäkologischer Karzinome
Geburts. u. Frauenheilk. 32 (1972) 575
100. HOFFMANN, P.:
Histologie und Prognose des Vulvakarzinoms
Geburtsh. u. Frauenheilk. 30 (1970) 452
101. HUNTER, P.J.S.:
Carcinoma of the Vulva: A Review of 361 Patients
Gynec. Oncology 3 (1976) 117
102. IGEL, H.:
Zur Gestagenbehandlung des Korpuskarzinoms
Zbl. Gynäk. 94 (1972) 1084
103. JALUVKA, V., E. KRATZSCH:
Granulosazell- und Brenner-Tumor bei Patientinnen mit
Adenocarcinoma corporis uteri
Zbl. Gynäk. 95 (1973) 603
104. JANISCH, H., St. KUPKA:
Rezidive des Collumcarcinoms
Z. Gynäk. u. Geburtsh. 172 (1970) 165
105. JOHANNISSON, E., L. ENGSTRÖM:
Cytological Diagnosis of Endometrial Disorders with
a Brush Technique
Acta Obstet. Gynaec. Scand. 50 (1971) 141
106. JULIAN, C.G., F.J. GOSS, K. BLANCHARD, J.D. WOODRUFF:
Biologic Behavior of Primary Ovarian Malignancy
Obstet. Gynec. 44 (1974) 873
107. JULIAN, C.G., J.D. WOODRUFF:
The Biologic Behavior of Low-Grade Papillary Serous
Carcinoma of the Ovary
Obstet. Gynec. 40 (1972) 860
108. JUNGHANS, E., V. SACHS:
Hat die Prävention des Zervixkarzinomes einen Einfluß
auf die Gesamtmorbidität an Krebs ?
Med. Welt 24 (1973) 768

109. KAISER, R.:

Etiological Factors of Endometrial Carcinoma
Ref. V. World Congress of Gynecology and Obstetrics
Kongr. Bd. Butterworth, London (1967) 587

110. KAISER, R.:

Schwangerschaft und Laktationsperiode als Phasen der
Proliferationsruhe an den weiblichen Fortpflanzungs-
organen
Geburtsh. u. Frauenheilk. 29 (1969) 420

111. KAISER, R.:

Zur Ätiologie und Prophylaxe des Endometriumkarzinoms
Geburtsh. u. Frauenheilk. 29 (1969) 431

112. KAISER, R., E. SCHNEIDER:

Faktorenanalyse bei Frauen mit einem Korpuskarzinom
Zbl. Gynäk. 92 (1970) 105

113. KALISHER, L., D.L. SCHAFFER:

Xeromammography in Early Detection of Breast Cancer
J. Am. med. Ass. 234 (1975) 60

114. KAUFMANN, C.:

Die Bedeutung der Erkrankung der Mamma in der frauen-
ärztlichen Praxis
Gynäkologe 7 (1974) 180

115. KAUFMANN, R.J., D.A. KARNOFSKY:

Chemotherapy of Gynecological Malignancies
In: Advances in Obstetrics and Gynecology 1 (1967) 673
(Eds.: LMARCUS, MARCUS, Baltimore)
William and Wilkins Comp., 1967

116. KEIL, U.:

Problematik der Krankheitsfrüherkennung in der BRD
Med. Klinik 70 (1975) 1529

117. KELL, D.:

Management of the Patient with Early Endometrial
Carcinoma
Cancer 33 (1974) 1108

118. KEPP, R., H.J. STAEMMLER:

Lehrbuch der Gynäkologie
G. Thieme, Stuttgart, 1971, 11. Aufl.

119. KERN, G.:

Gynäkologie
G. Thieme, Stuttgart, 1973, 2. Aufl.

120. KESSLER, E.:

Behandlungsverzögerung beim Brustkrebs
Med. Klinik 63 (1968) 1854

121. KINDERMANN, G., V. BECKER, F. CHRIST:

Gynäkologische Tumoren: Morphologische Befunde beim
Endometriumkarzinom im Korpus, in der Zervix, an der
Vagina und an den Eileitern
Arch. Gyn. 214 (1973) 281

122. KLAAS, I.:

Ortskrankenkasse 52 (1970) 96

123. KOFLER, E.:

Über die Häufigkeit vorheriger Hysterektomien und/oder
unilateralen Ovariectomien bei Frauen mit malignen
Ovarialtumoren
Geburtsh. u. Frauenheilk. 32 (1972) 873

124. KOFLER, E., R. KOLB, A. KRATOCHWIL:

Mammakarzinom: Histologische Befunde am Ovar beim Mamma-
karzinom
Arch. Gyn. 214 (1973) 297

125. KOHL, H.:

Resultate in der Frühdiagnostik des Zervixkarzinoms von
1962-1968
Zbl. Gynäk. 22 (1970) 691

126. KOLLER, T., H. STAMM:

Operative Therapie des Mammakarzinoms
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 442

127. KOSS, L.G.:

Diagnostic Cytology
J.B. Lippincott Comp., Philadelphia, 1971, 237, 2. Aufl.

128. KNÖRR, K., F.K. BELLER, Ch. LAURITZEN:

Lehrbuch der Gynäkologie
Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1972, 1. Aufl.

129. KREMER, H.:

Früherkennung bösartiger Mammatumoren
Med. Welt 23 (1972) 799

130. KREUZER, G., E. BOQUOI:

Die Tripledagnostik gut- und bösartiger Mammatumoren
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 279

131. KREUZER, G., E. BOQUOI, W. MEYER:
Die Diagnostik gut- und bösartiger Mammatumoren
Dtsch. med. Wschr. 98 (1973) 691
132. KRÜGER, F.:
Mammographie
Med. Klinik 65 (1970) 951
133. KRUSCHWITZ, S.:
Östrogenbildende Ovarialtumoren und ihre Beziehung zum
Endometriumkarzinom
Arch. Gyn. 213 (1972) 150
134. KUBISTA, E., H. KUCERA, S. KUPKA:
Maligne Ovarialtumoren bei jungen Frauen
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 872
135. LANYI, M.:
Das klinisch okkulte Mammakarzinom
Dtsch. Ärztebl. 71 (1974) 1087
136. LARSON, J.A.:
Estrogens and Endometrial Carcinoma
Obstet. Gynec. 7 (1954) 551
137. LASSER, A., J.L. CORNOG, J. MORRIS:
Adenoid Squamous Cell Carcinoma of the Vulva
Cancer 33 (1974) 224
138. LAU, H.:
Frühdiagnose von Mammatumoren
Med. Klinik 65 (1970) 1765
139. LAU, H.U., D. LAMM:
Ergebnisse der Korpuskarzinombehandlung
Zbl. Gynäk. 95 (1973) 203
140. LAU, H.U., E. PETSCHULT et al.:
Epidemiologische Aspekte beim Korpuskarzinom
Zbl. Gynäk. 97 (1975) 1025
141. LAX, H.:
Probleme der Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms
Arch. Gyn. 211 (1971) 1
142. LEONHARDT, A.:
Zytologische Untersuchungen bei der Nachbehandlung von
Patientinnen mit gynäkologischen Karzinomen
Münch. med. Wschr. 114 (1972) 761

143. LEONHARDT, A.:

Zur Krebsvorsorgeuntersuchung der weiblichen Brust
Münch. med. Wschr. 117 (1975) 787

144. LEONHARDT, A., F. v. BEAUFORT:

Mammakarzinom und gynäkologischer Zweittumor
Münch. med. Wschr. 115 (1973) 1554

145. LEPPEN, G., GLÄTZNER, H.:

Pathohistologische Ergebnisse bei klinisch, mammographisch und thermographisch indizierten Probeexzisionen der Mamma
Arch. Gyn. 219 (1975) 145

146. LI, F.P., A.H. RAPAPORT, J.F. FRAUMENI, R.D. JENSEN:

Familial Ovarian Carcinoma
J. Am.med. Ass. 214 (1970) 1559

147. LINK, M., J. NIEDER:

Korpuskarzinom des Uterus in der Geschlechtsreife
Zbl. Gynäk. 94 (1972) 1156

148. LITSCHGI, M.S., J. BENZ, E. GLATTHAAR:

Ovarialmetastasen bei Mammakarzinom
Fortschr. Med. 33 (1975) 1639

149. LOCHMÜLLER, H.:

Das Korpuskarzinom
Dtsch. Ärztebl. 45 (1972) 2946

150. MAASS, H. et al.:

Das Mammakarzinom
Gynäkologe 3 (1970)

151. MAGAREY, C.J.:

Treatment of Apparently Early Breast Cancer
Med. J. Aust. 2 (1972) 5

152. MAKOSKI, H.B., H. SACK:

Erfahrungen mit der Strahlentherapie des Vulvakarzinoms
Geburtsh. u. Frauenheilk. 33 (1973) 264

153. MARZOTKO, F., M. CILENSEK:

Zur Frage der wiederholten Abrasio im Rahmen der Diagnostik des Carcinoma corporis uteri
Zbl. Gynäk. 95 (1973) 1551

154. MESTWERDT, W., H. BRANDAU et al.:

Untersuchungen über den strukturellen und funktionellen Status der Postmenopause-Ovarien
Münch. med. Wschr. 115 (1973) 1796

155. MÖBIUS, W.:
Klinik des Vulvakarzinoms
Zbl. Gynäk. 93 (1971) 401
156. MUCK, B.R., S. TROTNOW:
Endometriumkarzinom und pathologische Glucosetoleranz
Arch. Gyn. 216 (1974) 301
157. MUNELL, E.W.:
Klinik der Ovarialtumoren
In: Handbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe (Hrsg.:
KÄSER, O. und Mitarbeiter)
G. Thieme, Stuttgart, 1972, 647, Bd. III
158. MURAD, T.M. et al.:
The Pathologic Behavior of Primary Vaginal Carcinoma
and its Relationship to Cervical Cancer
Cancer 35 (1975) 787
159. MÜHLBERGER, G.:
Die Wertigkeit der Plattenthermographie in der Mamma-
diagnostik
Münch. med. Wschr. 116 (1974) 2047
160. MÜLLER, H.W.:
Die Beteiligung der Ersatzkassenversicherten an den
Früherkennungsmaßnahmen
Ersatzkasse Heft 12 (1972) 645
161. MÜLLER, K., H. SACHS, B. GRELICH:
Epidemiologie gynäkologischer Karzinome im Saarland
Med. Welt 26 (1975) 1193
162. NAHAS, W.A., C.J. LUND, J.H. RUDOLPH:
Carcinoma of the Corpus uteri. A 10-Year-Review of
225 Patients
Obstet. Gynec. 38 (1971) 565
163. NEUMANN, G.:
Krebsvorsorgeuntersuchung. Wunsch und Wirklichkeit
Med. Welt 22 (1971) 1033
164. NEUMANN, G.:
Zur Praxis der Krebsvorsorge bei der Frau
Med. Welt 23 (1972) 55
165. NEUMANN, G.:
Zur Früherkennung des Kollumkarzinoms. Erfahrungen mit
einem integrierten System
Ärztebl. BW 11 (1972) 645

166. NEUMANN, G.:
Kosten der Krebsfrüherkennung bei Frauen
Dtsch.med. Wschr. 100 (1975) 849
167. NEUMANN, G.:
Die Kosten der Krebsfrüherkennung
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 615
168. NEUMANN, G.:
Krebsregister und Krebsfrüherkennung
Med. Klinik 70 (1975) 181
169. NOBEL, J.:
Zur Frage der Chemotherapie des Ovarialkarzinoms
Med. Welt 23 (1972) 901
170. OTT, G.:
Allgemeine Onkologie des Mammakarzinoms
Med. Welt 23 (1972) 1445
171. PARKER, R.T., I. DUNCAN et al.:
Operative Management of Early Invasive Epidermoid
Carcinoma of the Vulva
Am. J. Obstet. Gynec. 123 (1975) 349
172. PARKER, R.T., C.H. PARKER et al.:
Cancer of the Ovary
Am. J. Obstet. Gynec. 108 (1970) 878
173. PAULI, H.K., S. TROTNOW:
Zur Epidemiologie des Mammakarzinoms
Arch. Gyn. 213 (1973) 271
174. PAULI, H.K., S. TROTNOW:
Krebserkrankung bei der Frau und der Gang zur Vorsorge-
Untersuchung
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 960
175. PEREZ, C.A., A.N. ARNESON et al.:
Malignant Tumors of the Vagina
Cancer 31 (1973) 36
176. PEREZ, C.A., A.N. ARNESON et al.:
Radiation Therapy in Carcinoma of the Vagina
Obstet. Gynec. 44 (1974) 862
177. PERTICUCCI, S.:
Diagnostic, Prognostic and Therapeutic Considerations
in Invasive Carcinoma of the Vagina
Obstet. Gynec. 40 (1972) 843

178. PETERSEN, H., W. MEYER:

Verschleppung von Diagnose und Therapie bei Mammatumoren
Med. Klinik 69 (1974) 1889

179. PFLEIDERER, A.:

Enzymhistologische chemische Untersuchung am Karzinom
des Corpus uteri
Fortschr. Geburtsh. Gynäk. 36 (1968) 1

180. PFLEIDERER, A., S. KIYAN:

Die Behandlung des Ovarialkarzinoms in der UFK Tübingen
seit 1957 und ihre Ergebnisse
Med. Welt 51 (1967) 3095

181. PFLEIDERER, A. jr., M. POLLACK et al.:

Erste Erfahrungen mit der intrakavitären Vorbestrahlung
mit CO-Perlen beim Korpuskarzinom
Aus: Neue Aspekte in Diagnose und Therapie des Genital-
karzinoms der Frau
Bücherei des Frauenarztes 5 (1973) 59

182. PIVER, M.S.:

Reviews: Guidelines for the Management of Patients with
Ovarian Adenocarcinoma
Obstet. Gynec. 40 (1972) 411

183. PLOTZ, E.J.:

Diagnostische Methoden bei Blutungen in der Menopause
Gynäkologe 7 (1974) 171

184. PTÁČKOVÁ, B., J. KOTAS et al.:

Endometriumcarcinom und Diabetes mellitus
Gyn. Rundsch. 13 (1973) 275

185. RENZIEHAUSEN, K.:

Zur Kryotherapie des Vulvakarzinoms
Zbl. Gynäk. 96 (1974) 1121

186. RENZIEHAUSEN, K., R. KLEINSCHMIDT:

Bedeutung der Hysterographie für die Diagnostik und
Therapieverlaufskontrolle des Korpuskarzinoms
Zbl. Gynäk. 95 (1973) 1973

187. Report:

Zunehmende Beteiligung an Vorsorgeuntersuchungen
Med. Welt 23 (1972) 229

188. ROTTE, K.:

Bedeutung der Mammographie für die Früherkennung des
Mammakarzinoms
Med. Klinik 66 (1971) 9

189. ROTTE, K.:
Das Endometriumkarzinom
Med. Klinik 70 (1975) 169
190. RUMMEL, W.:
Das Vulvakarzinom
Med. Klinik 70 (1975) 174
191. RUTLEDGE, F.:
Cancer of the Vagina
Am. J. Obstet. Gynec. 97 (1967) 635
192. RUTLEDGE, F.:
Carcinoma of the Vulva
Am. J. Obstet. Gynec. 106 (1970) 1117
193. SACHS, H., H. MAASS:
Wandel in den Anschauungen über die epidemiologisch
ätiologisch bedeutsamen Faktoren des Brustdrüsen -
krebsses der Frau
Arch. Gyn. 211 (1971) 58
194. SACHS, H., H. MAASS:
Zur Epidemiologie des Brustdrüsenkrebsses der Frau
Dtsch. med. Wschr. 96 (1971) 1701
195. SACHS, H., H. MAASS:
Klinisch-epidemiologische Analyse von Patientinnen mit
einem Mammakarzinom unter besonderer Berücksichtigung
des β -Lipoproteidgehaltes im Blut
Arch. Gyn. 219 (1975) 147
196. SAY, C.C., W.L. DONEGAN:
Invasive Cancer of the Breast: Prognostic Significance
of Tumor Size and Involved Axillary Lymph Nodes
Cancer 34 (1974) 468
197. SCHENKER, J.G., W.Z. POLISHUK:
An Epidemiologic Study of Carcinoma of the Ovary in
Israel
Israel J. Med. Sci. 4 (1968) 820
198. SCHINDLER, A.E., F. GLÄSER:
Untersuchungen zur Korpuserkarzinomgenese
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 186
199. SCHNEIDER, J.A.:
Risikofaktor und Konstitution
Med. Klinik 70 (1975) 1851

200. SCHOLTES, G.:

Neuere Beobachtungen bei Korpus- (Endometrium-) Karzinomen
Arch. Gyn. 212 (1972) 302

201. SCHOLTES, G.:

Das Korpus- oder Endometriumkarzinom
Med. Klinik 68 (1973) 84

202. SCHULTZE, H., W. WEISE:

Über die Häufigkeit, Symptomatologie und Therapie des
Ovarialkarzinoms
Zbl. Gynäk. 42 (1971) 1471

203. SHAH, C.A., T.H. GREEN:

Evaluation of Current Management of Endometrial Carcinoma
Obstet. Gynec. 39 (1972) 500

204. SHAPIRO, S., P. STRAX, L. VENET:

Periodische Brustuntersuchungen vermeiden die Mortalität
an Brustkrebs
J. Am. med. Ass. 215 (1971) 1777

205. SHERMAN, B.M., S.G. KORENMAN:

Inadequate Corpus Luteum Function. A Pathophysiological
Interpretation of Human Breast Cancer Epidemiology
Cancer 33 (1974) 1306

206. SHINGLETON, H.M., W.C. FOWLER, L. PALUMBO:

Der Einfluß der Radikaloperation auf die Heilungsrate
des Vulvakarzinoms
Gyn. Rundsch. 9 (1970) 171

207. SIEBERS, J.N., B. WARKENTIN et al.:

Ovarialkarzinom bei einem eineiigen Zwillingsspaar
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 107

208. SIEBERT, W., R. SCHUHMAN:

Der Wert der Endometriumzytologie bei der Diagnose des
Korpuskarzinoms
Arch. Gyn. 219 (1975) 71

209. SKIBBE, G., K. ZIMMERMANN:

Frühdiagnose und Aufklärung der Bevölkerung
Med. Welt 22 (1971) 1037

210. SO-BOSITA, J.L., T.B. LEBHERZ, O.M. BLAIR:

Endometrial Jet Washer
Obstet. Gynec. 36 (1970) 287

211. SÜDERLIN, E.:
Factors Affecting Prognosis of Endometrial Carcinoma
Acta Obstet. Gynec. Scand. 38 (1974)
212. SOOST, H.J.:
Zytologische Diagnostik von Mammaerkrankungen
Arch. Gyn. 211 (1971) 53
213. SPECHTER, H.J.:
Frühdiagnose bei Ovarialtumoren
Dtsch. med. Wschr. 94 (1969) 550
214. STARK, A.M., St. WAY:
The Screening of Well Women of the Early Detection of
Breast Cancer Using Clinical Examination with Thermo-
graphy and Mammography
Cancer 33 (1974) 1671
215. STEUER, W.:
Zur Problematik von Vorsorgeuntersuchungen und Krank-
heitsfrüherkennung
Med. Welt 23 (1972) 246
216. STINGL, A.:
Statistischer Überblick über die bösartigen Ovarialge-
schwulste an der Frauenabteilung der LKH Leoben in der
Zeit von 1.3.47-31.12.68
Geburtsh. u. Frauenheilk. 30 (1970) 1012
217. STRAX, P.:
New Techniques in Mass Screening for Breast Cancer
Cancer 28 (1971) 1563
218. STRAX, P., L. VENET et al.:
Mammography and Clinical Examination in Mass Screening
for Cancer of the Breast
Cancer 20 (1967) 2184
219. STRAX, P., L. VENET et al.:
Value of Mammography in Reduction of Mortality from
Breast Cancer in Mass Screening
Am. J. Radiol. 117 (1973) 686
220. STUCIN, M., F. NOVAK et al.:
Unsere Erfahrungen bei 377 Fällen von Ca. in situ
Arch. Gyn. 209 (1970) 213

221. TATRA, G., E. JAHODA, W. FEIGL:
Das Endometriumkarzinom, Häufigkeit, Prognose und Ausbreitung in Korrelation zum histologischen Differenzierungsgrad
Zbl. Gynäk. 94 (1972) 1351
222. THIESEN, E.U.:
Concerning a Familial Association Between Breast Cancer and Both Prostatic and Uterine Malignancies
Cancer 34 (1974) 1102
223. TILCH, G., F. UNGER, H.D. CLAUS:
Behandlungsergebnisse gynäkologischer Malignome aus dem Einzugsbereich der Kreiskrankenanstalten Auerbach / Vogtland
Zbl. Gynäk. 96 (1974) 801
224. TROTNOW, S., H.K. PAUL:
Zur Epidemiologie des Korpuskarzinoms
Arch. Gyn. 213 (1972) 119
225. URBAN, J.A.:
Bilateral Breast Cancer
Cancer 24 (1969) 1310
226. VAHRSON, H.:
Umwelt und konstitutionelle Faktoren beim weiblichen Genitalkarzinom
Z. Geburtsh. u. Gynäk. 172 (1970) 94
227. VAHRSON, H.:
Vaginalkarzinom und Konstitution
Z. Geburtsh. u. Gynäk. 174 (1971) 93
228. VAHRSON, H.:
Die Triple-Drug-Stoßtherapie bei der kombinierten Behandlung des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms
Geburtsh. u. Frauenheilk. 33 (1973) 293
229. VARA, P.:
Erkrankungen des Uterus
In: Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Hrsg.: SCHWALM, DÖDERLEIN)
Urban & Schwarzenberg, 1969, 147, Bd. VIII
230. VENET, L., P. STRAX, S. SHAPIRO:
Adequacies and Inadequacies of Breast Examination by Physicians in Mass Screening
Cancer 28 (1971) 1546

231. VERTES, L.:

Bericht über 408 Korpuskarzinome
Zbl. Gynäk. 95 (1973) 859

232. WEBB, M.J. et al.:

Factors Influencing Ovarian Cancer
Obstet. Gynec. 44 (1974) 564

233. WEGHAUPT, K.:

Zur Klinik und Behandlung des primären Scheidenkrebses
Z. Geburtsh. u. Gynäk. 175 (1971) 175

234. WENZEL, K., U. ADLER:

Behandlungsergebnisse von Malignomen des weiblichen
Genitale
Gyn. Rundsch. 14 (1974) 226

235. WIEGELMANN, L.:

Das Problem der Früherfassung des Zervixkarzinoms und
die Bedeutung der Zytodiagnostik in der Vorsorgeunter-
suchung
Dissertationsarbeit (nicht veröffentlicht)

236. WINSHIP, Th.:

Aspiration Biopsy of Breast Cancers by the Pathologist
Am. J. Clin. Path. 52 (1969) 438

237. WITTLINGER, H., K. HÄNSEL:

Erweiterte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung und Aus-
bildung in der Frauenheilkunde
Münch. med. Wschr. 114 (1972) 1561

238. WOLF, W., J. BALTZER, E. SCHEKATZ, K.J. LOHE:

Die Rezidiv-Frage des Carcinoma in situ der Cervix
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 37

239. WUNDERLICH, M., R. BERGNER:

Der heutige Stand der Möglichkeiten zur Diagnostik des
Mammakarzinoms
Z. ärztl. Fortbild. 67 (1973) 171

240. WYNDER, E.L.:

Die Epidemiologie des Korpus- (Endometrium-) und Zervix-
karzinoms
In: Gynäkologie und Geburtshilfe III
G. Thieme, Stuttgart, 1972

241. WYNDER, E.L., H. DODO, H.G.R. BARBER:

Epidemiology of Cancer of the Ovary
Cancer 23 (1969) 352

242. WYSS, R., P. VASSILAKOS:

Eine neue Aspirationsmethode mit Pistolet
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 846

243. YLOSTALO, P., A. VEHASKARI, A. KAUPPILA:

Effects of High Dose Medroxyprogesterone for Endometrial
Carcinoma on Serum Proteins
Ann. Chir. Gynaec. Femiae 63 (1974) 86

244. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der
BRD, Köln, Haedenkampstraße 5

Auskunft nach schriftlicher Anforderung

245. ZINSER, H.K.:

Mammakarzinom
G. Thieme, Stuttgart, 1972

FRAGEBOGEN

Personalien

Diagnose

Station

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Alter:

Familienstand:

Anamnese

Menarche

Menses

Menopause

Hormone:

Präparat:

Zeitraum:

Geburten

wann

wo

Besonderheiten

Aborte

Unterleibs- und Geschlechtskrankheiten

wann

Art der Behandlung

wo behandelt

Vorsorgeuntersuchung

gewußt	ja / nein
Informationsmedien:	
Schein v.d. Kasse zugeschickt	ja / nein
teilgenommen	ja / nein
Arzt	FA / PA / Klinik

Gründe der Nichtinanspruchnahme:

Verbesserungsvorschläge:

Gynäkologische Untersuchung in den letzten 2 - 3 Jahren

Datum	Arzt	Histol. Befund	Zytol. Befund
-------	------	----------------	---------------

Jetzige Anamnese

Arzt:

Datum:

aufgesucht wegen:

Befunde

Histologie	Zytologie	Konisation
------------	-----------	------------

LEBENS LAUF

Am 16.1.1950 wurde ich, Martha Schlott, geb. Stölzle, in Haag/Obb. als 2. Kind des Kaufmanns Ludwig Stölzle und seiner Ehefrau Mathilde, geb. Freilinger, geboren.

1956 - 1960	Volksschule Haag
1960 - 1969	Luitpold-Gymnasium Wasserburg/Inn
1969	Abitur
1969	Studium der Medizin an der Lud.-Max-Univ. München
1970	Vorphysikum
1972	Physikum
1972 - 1975	Studium der Medizin an der TU München
1975	Staatsexamen
1976 - 1977	Medizinalassistentin in den Städtischen Krankenanstalten Ludwigshafen/Rhein
1977	Approbation als Arzt
1977 - 1978	Assistenzärztin in der Chirurgischen Abt. der Städtischen Krankenanstalten Ludwigshafen/Rhein
seit Juli 78	Unterbrechung der Berufsausübung

